

Nr oddz.  ..... hist.chor.matki  .....		KARTA NOWORODKA																																					
		Płeć:				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ż				Badanie słuchu				Badania przesiewowe																									
		Data urodzenia												Godz.					:			.....																	
RODZICE														PRZEBIEG OBECNEJ CIĄŻY										Imię i nazwisko dziecka:															
MATEK		Nazwisko i imię .....														PRAWIDŁ. <input type="checkbox"/> POWIKŁ. <input type="checkbox"/>										Poprzednie ciąży													
		PESEL ..... Telefon.....														Choroby .....										Porodów ..... w tym o czasie.....													
		Adres zameldowania stały .....																								Przedwczesnych.....													
		Adres rzeczywistego miejsca zamieszkania (również dziecka) .....														Leki .....										niewczesnych .....													
																Sterydy .....										Noworodków żywo .....													
OJCIEC		Nazwisko i imię .....														Papierosy..... HIV.....										martwo urodzonych .....													
		Wiek ..... zawód..... st. zdr. ....														HBS ..... WR .....										z wadami rozwojowymi .....													
		Grupa krwi ..... Rh .....														GBS ..... PTA .....										<b>Poprzednie porody</b>													
																Inne badania .....										Rok porodu / płeć / stan													
																Ostatnia miesiączka .....										zdrowia													
														Tydzień ciąży -Hbd.....																									
														Godz. pęknięcia pęcherza płod. ....																									
Data																														PRZEBIEG PORODU									
Dzień życia																														Czasowy, przedwczesny, niewczesny, ciąży przenoszona, bliźniacza.									
Waga		Ciepl.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		r. w.		Siłami natury, powikłany. Główny odgiennej, miednicowy, nóżkowy, pośladowy. Cesarskie cięcie.											
00		39°		Sat. O2 po 4 godz.																								Cięcie cesarskie – wskazania .....											
00		38°																										Powikłania porodowe .....											
00		37°																										Czas trwania okresu I ..... II .....											
00		36°																										Czas trwania porodu od odpłynięcia wód do urodz. dziecka .....											
00		35°																										Zabiegi .....											
																												Narkoza .....											
																												Stosowane leki .....											

Nazwisko i imię dziecka .....

Pierwsze badanie w dniu ..... o godz. .... Stan ogólny .....

Płeć ..... Żywotność .....

Skóra ..... Tkanka podskórna.....

Czaszka .....

Ciemie przednie ..... Jama ustna ..... Obojczyki .....

Serce ..... Płuca .....

Brzuch .....

Kończyny..... Stawy biodrowe .....Podpis pieczętka lekarza

Stan po urodzeniu (wg Apgar)				
Cechy	1 min.	3	5	10
Czynność serca				
Oddech				
Nap. mięśni				
Odruchy				
Zabarwienie skóry				
Razem				

WADY

URAZY

RESUSCYTACJA					
Minuty	1	5	10	15	20
Tlen					
PPV/NCPAP					
Intubacja					
Masaż pośredni serca					
Adrenalina					
Cewnikowanie					

POSTĘPOWANIE Z NOWORODKIEM PO PORODZIE					
ODŚLUZOWANIE		OSUSZENIE		STYMULACJA DOTYKOWA	RESUSCYTACJA
ZABIEG CREDEGO		SKÓRA DO SKÓRY		ZAOPATRZENIE PĘPOWINY	

SZCZEPIENIA	ZLECAJĄCY	WYKONUJĄCY			INNE
	DATA	WIT. K	WZW B	BCG	
WIT K. 1 mg i.. m.					
BCG		data	seria data	seria data	
WZW B	(podpis i pieczętka)	(podpis i pieczętka)	(podpis i pieczętka)	(podpis i pieczętka)	

Rozpoznanie(ICD-10) .....|.....|.....|.....|.....

Procedura (ICD-9) .....|.....|.....|.....|.....

KOD GRUPY .....

Wypisany w stanie: dobrym, średnim, ciężkim, na żądanie rodziców, zmarło w dniu .....

Przeniesiony do szpitala ..... na oddział ..... Podpis lekarza.....

Kontrole, badania, zalecenia.....

.....

Wyniki sekcji .....

.....

.....