Nr księgi głównej: ……

Nr księgi oddziałowej: ……..

(pieczątka oddziału)

HISTORIA CHOROBY NOWORODKA / DZIECKA

Imię (imiona) ..... **Nazwisko** ..... K ☐ M ☐

Miejsce i data urodzenia ..... ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania.....

…… tel. ……

Opiekun (adres, telefon) .....

……tel……

Dokument ubezpieczeniowy .....

Oświadczenie o dostarczeniu dowodu ubezpieczenia: Tak ☐ Nie ☐

Uczęszcza do: żłobka ☐ przedszkola ☐ szkoły ☐ Domu Małych Dzieci ☐

Nazwa i adres.....

Tryb przyjęcia: planowy ☐ nagły ze skierowaniem z ratownictwa medycznego ☐, nagły ze skierowaniem innym niż z ratownictwa medycznego ☐, nagły bez skierowania ☐ uczestnik wypadku komunikacyjnego ☐.

Przyjęto dnia: _ _ / _ _ **20** _ _ godz. _ _ : _ _ ☐ Oddział Neonatologiczny ☐ Patologia Noworodka

Przeniesienia międzyoddziałowe:

Dnia _ _ / _ _ **20** _ _ godz. _ _ : _ _ do Oddziału …….....

Dnia _ _ / _ _ **20** _ _ godz. _ _ : _ _ do Oddziału …….....

Dnia _ _ / _ _ **20** _ _ godz. _ _ : _ _ do Oddziału …….....

Rozpoznanie wstępne (ustalone przez lekarza przyjmującego)**:**

Kod ICD 10

1..... .....

2 ....

.....
(podpis i pieczątka lekarza przyjmującego)

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam* na wstępne badania diagnostyczne noworodka / dziecka.

…….....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego).

2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam* na przyjęcie i pobyt w szpitalu, udzielenie świadczeń zdrowotnych noworodkowi / dziecku.

…….....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego).

3. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany o tym, że informacja o prawach i obowiązkach pacjenta została wywieszona na tablicy informacyjnej.

4. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości oddania rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego. Nr kwitu depozytowego: .....

5. Do zasięgania informacji o stanie zdrowia noworodka / dziecka upoważniam / nie upoważniam*: .....

……..... tel.: …….....

6. Do pozyskania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam*:.....

…….....

Upoważniony ma prawo / nie ma prawa * wglądu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.

7. Założono identyfikator z danymi osobowymi pacjenta …….....

…….....
(podpis i pieczątka osoby zbierającej dane)

…….....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego)

Legnica, dnia ……

*niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko pacjenta: .....

WYWIAD:

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI (powód przyjęcia, główne dolegliwości, dotychczasowy przebieg leczenia):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DOLEGLIWOŚCI Z POZOSTAŁYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW:

.....
.....
.....
.....

PRZEBYTE CHOROBY / POPRZEDNIE HOSPITALIZACJE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBECNIE ZAŻYWANE LEKI / SUPLEMENTY DIETY:

.....
.....
.....
.....

ALERGIE:

.....
.....

DANE DOTYCZĄCE CIĄŻY I DANE O DZIECKU:

Liczba poronień..... Ciąża z rzędu..... Choroby podczas ciąży.....
.....

Poród: o czasie ☐ przedwczesny ☐ prawidłowy ☐ powikłany ☐

Miejsce urodzenia:.....

Waga dziecka po urodzeniu..... g Długość..... cm Obwód głowy..... cm

Szczepienia ochronne: zgodnie z kalendarzem szczepień tak ☐ nie ☐

Szczepienia dodatkowe: nie ☐ tak ☐ jakie:.....

DIETA:

.....
.....

UŻYWKI: papierosy ..... alkohol ..... inne .....

WYWIAD RODZINNY / ZAWODOWY:

.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczątka lekarza przeprowadzającego wywiad)

Yamed MEDICAL PARTNER ®

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Epikryza

.....

.....

.....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Wypis pacjenta ze Szpitala:

Rozpoznanie końcowe: **Kod ICD 10**

Choroba zasadnicza:..... ....

Choroby współistniejące:..... .....

....

....

....

....

....

Powikłania: .....

Rodzaj leczenia: **Kod ICD 9**

Zachowawcze: ☐ farmakologiczne ☐ inne..... .....

Operacyjne (jakie, kiedy) ..... _ _ / _ _ 20_ _ .....

..... _ _ / _ _ 20_ _ .....

..... _ _ / _ _ 20_ _ .....

Wypisany(a), data _ _ / _ _ 20 _ _ **do domu** ☐ **do innego ZOZ** ☐ **na własne żądanie** ☐ **inne** ☐

W czasie pobytu pacjenta w szpitalu: nie stwierdzono zakażenia szpitalnego ☐

stwierdzono zakażenie szpitalne ☐ (należy wypełnić kartę zakażeń szpitalnych)

Transport sanitarny: Nie ☐ Tak ☐ Uzasadnienie.....

Zgon przed upływem 12 godz. ☐ po upływie 12 godz. od przyjęcia do szpitala ☐

Data zgonu: **_ _ / _ _ 20 _ _** godzina zgonu: **_ _ : _ _** **Kod ICD 10**

Bezpośrednia przyczyna zgonu:..... .....

Wtórna: ....

Wyjściowa: ....

Zlecono sekcję: *tak / nie (podać uzasadnienie podjętej decyzji) .....

.....

Rozpoznanie na podstawie badania pośmiertnego: .....

.....

Ze zwłok pobrano narządy, tkanki: *tak /nie .....

Z dokumentacji wydano:.....

.....

Zostałem (am) w pełni poinformowany (a) w sposób dla mnie zrozumiały o stanie zdrowia mojego dziecka, wynikach leczenia, rokowaniu oraz o wykonanych u niego procedurach diagnostyczno -terapeutycznych.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego)

....
(podpis i pieczątka lekarza wypisującego) **(podpis i pieczątka ordynatora)**

Statystyka: Historię choroby przyjęto dnia ....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić

Admed MEDICAL PARTNER