HISTORIA PIELĘGNOWANIA NOWORODKA / DZIECKA

(pieczątka oddziału)

Data _ _ / _ _ 20_ _

Nr księgi głównej .....

Dane identyfikacyjne matki	**Dane identyfikacyjne noworodka**
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko .....
Adres zamieszkania	Płeć: ☐M ☐K Grupa krwi .....
.....	Data i godz. urodzenia .....
PESEL	PESEL dziecka .....
Nr telefonu	Waga urodzeniowa .....

PRZYJĘCIE NA ODDZIAŁ

Data i godzina przyjęcia .....

Który pobyt na oddziale:

☐ pierwszy pobyt

☐ kolejny pobyt który .....

Tryb przyjęcia:

☐ z sali porodowej

☐ z domu

☐ z innego szpitala / oddziału jakiego .....

☐ ze skierowaniem ☐ TAK ☐ NIE

Dziecko zaopatrzone w znaki tożsamości ☐ **TAK** ☐ **NIE**

Powód przyjęcia: rozpoznanie wstępne .....

lub

rozpoznanie ze skierowania .....

Stan ogólny dziecka:

☐ dobry

☐ średni

☐ ciężki

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarskie:

.....

data i czytelny podpis rodzica / opiekuna

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Płeć: ☐K ☐M data urodzenia: _ _ / _ _ 20 _ _ imię i nazwisko matki: ……

KARTA OBSERWACJI NOWORODKA / DZIECKA

Ocena noworodka przy przyjęciu na oddział		**Ocena noworodka w przypadku zmiany jego stanu zdrowia ***	
	Podpis i pieczątka położnej oceniającej noworodka przy przyjęciu na oddział		Data, podpis i pieczątka położnej oceniającej noworodka w trakcie pobytu
CZYNNOŚĆ SERCA ☐ prawidłowa 120 – 140 u/ min (noworodek) 80 – 120 u/min (niemowlę) ☐ monitorowanie Ekg ☐ monitorowanie SAT O2			
ODDECH ☐ miarowy ☐ nieregularny ☐ wysiłek oddechowy : ☐ duszność ☐ stękanie wydechowe ☐ kaszel ☐ katar ☐ bezdech			
Stymulacja oddechowa ☐ tlenoterapia bierna ☐ inkubator ☐ budka tlenowa ☐ noski tlenowe ☐ maseczka tlenowa ☐ wentylacja Ambu ☐ wentylacja n CPAP			
NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE ☐ prawidłowe ☐ wiotkie ☐ brak ☐ drżenia kończyn ☐ drgawki ☐ uogólnione ☐TAK ☐NIE ☐ kończyn górnych ☐ kończyn dolnych			
POWŁOKI SKÓRNE ☐ różowe ☐ blado - różowe ☐ blade ☐ zażółcone ☐ szare Zmiany skórne : ☐ wybroczyny ☐ wysypka ☐ rumień ☐ odparzenia/wyprzenia ☐ zasinienia ☐ nacięcia / otarcia ☐ **brak** skóra czysta bez zmian patologicznych			
PĘPOWINA ☐ zaopatrzona jałowo ☐ sucha ☐ wilgotna ☐ ze stanem zapalnym ☐ brak kikuta pępowinowego			

* wypełnić w przypadku zmiany stanu zdrowia noworodka

Admed® MEDICAL PARTNER

Płeć: ☐K ☐M data urodzenia: _ _ / _ _ 20 _ _ imię i nazwisko matki: ……

Ocena noworodka przy przyjęciu na oddział		**Ocena noworodka w przypadku zmiany jego stanu zdrowia ***	
	Podpis i pieczątka położnej oceniającej noworodka przy przyjęciu na oddział		Data, podpis i pieczątka położnej oceniającej noworodka w trakcie pobytu
TEMPERATURA CIAŁA ☐ prawidłowa ☐ ochłodzenie ☐ stan podgorączkowy ☐ gorączka			
JAMA USTNA ☐ czysta ☐ pleśniawki ☐ nadżerki ☐ ząbkowanie			
KARMIENIE ☐ karmienie naturalne ☐ prawidłowy odruch ssania i połykania ☐ brak odruchu ssania i połykania ☐ karmienie sztuczne : ☐ sonda ☐ smoczek ☐ ulewania ☐ wymioty ☐ kolki / wzdęcia			
STOLEC ☐ smółka ☐ stolec przejściowy ☐ prawidłowy ☐ biegunka : ☐ stolec ze śluzem ☐ stolec z krwią			
DIUREZA ☐ prawidłowa ☐ skąpa ☐ założenie cewnika do pęcherza ☐ bezmocz			
WADY ROZWOJOWE ☐ NIE ☐ TAK ☐ jakie			
URAZY OKOŁOPORODOWE (dotyczy noworodka) ☐ krwiak podokostnowy ☐ złamanie obojczyka ..... ☐ przedgłowie ☐ inne			

* wypełnić w przypadku zmiany stanu zdrowia noworodka

Admed® MEDICAL PARTNER

Płeć: ☐K ☐M data urodzenia: _ _ / _ _ 20 _ _ imię i nazwisko matki: ……

Wypis ze szpitala

Przeprowadzona edukacja: ☐ pacjenta ☐ rodziny / opiekunów

W zakresie:

☐ karmienia

☐ pielęgnacji

☐ szczepień

☐ inne

☐ Pacjent nie wymaga zaleceń pielęgniarskich

Data – podpis i pieczątka pielęgniarki: ……

Otrzymałam / em wskazówki dla rodziców:

……

……

(data i podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Data / godzina	Kody zestawów z Centralnej Sterylizacji

Admed® MEDICAL PARTNER