KARTA AMBULATORYJNA POŁOŻNICZA

(pieczątka oddziału)

NR GŁÓWNY: …….

NR KOLEJNY:……..

IMIĘ I NAZWISKO :

…….

PESEL:

…….

ADRES:

……

DATA I GODZINA PRZYBYCIA:

……

DATA I GODZINA WYJŚCIA:

……

CZYNNOŚCI POŁOŻNICZE I PIELĘGNACYJNE WYKONYWANE NA IZBIE PRZYJĘĆ :
<PRZYJĘCIE AMBULATORYJNE/ ODMOWA PRZYJĘCIA ZE SKIEROWANIEM/ KONSULTACJA >

1. ROZMOWA Z PACJENTKĄ- CEL PRZYBYCIA : TAK ◯ NIE ◯
2. KONTROLA TĘTNA PŁODU: TAK ◯ NIE ◯
3. WEZWANIE LEKARZA: TAK ◯ NIE ◯
4. UCZESTNICZENIE W TRAKCIE WYWIADU : TAK ◯ NIE ◯
5. UCZESTNICZENIE W TRAKCIE BADANIA : TAK ◯ NIE ◯
6. UCZESTNICZENIE W TRAKCIE USG : TAK ◯ NIE ◯
7. UCZESTNICZENIE LUB PRZEKAZANIE CELEMWYKONANIA KTG : TAK ◯ NIE ◯
8. POMIARY PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH : TAK ◯ NIE ◯
9. WPIS DO KOMPUTERA ; : TAK ◯ NIE ◯
10. INNE: ……

…….. ……..

DATA **podpis i pieczątka pol ożnej wykonującej przyjęcie**

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