INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI NAD NOWORODKIEM
leczonym na Pododdziale Intensywnej Terapii

(pieczątka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta: ……

Cel główny: opiekuńczy□; leczniczy diagnostyczny□; leczniczy zabiegowy□; rehabilitacyjny□

Plan:		**Modyfikacja:**		**Data modyfikacji, podpis i pieczątka lekarza**
		Cel główny:		
Czas hospitalizacji …..... dni		Czas hospitalizacji …..... dni		
Cele szczegółowe		***Cele szczegółowe***		
Planowana diagnostyka:		**Planowana diagnostyka:**		
* badania laboratoryjne		* badania laboratoryjne		
* badania obrazowe		* badania obrazowe		
* badania lekarskie		* badania lekarskie		
* opieka pielęgniarska		* opieka pielęgniarska		
* inne ….....		* inne ….....		
Planowana terapia:		**Planowana terapia:**		
* terapia wentylacyjna zastępcza		* terapia wentylacyjna zastępcza		
* terapia ocsylacyjna		* terapia ocsylacyjna		
* terapia tlenkiem azotu		* terapia tlenkiem azotu		
* terapia wentylacja n - CPAP		* terapia wentylacja n - CPAP		
* monitorowanie parametrów życiowych		* monitorowanie parametrów życiowych		
* założenie dostepu centralnego		* założenie dostepu centralnego		
* założenie dostępu żylnego		* założenie dostępu żylnego		
* założenie drenażu ssącego klatki piersiowej		* założenie drenażu ssącego klatki piersiowej		
* terapia nerkozastępcza		* terapia nerkozastępcza		
* farmakoterapia		* farmakoterapia		
* fototerapia		* fototerapia		
* terapia krwią i preparatami krwiozastępczymi		* terapia krwią i preparatami krwiozastępczymi		

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

Imię i nazwisko pacjenta: ….....

Plan:		Modyfikacja:		Data modyfikacji, podpis i pieczątka lekarza
* żywienie parenteralne : - całkowita - częsiowa		* żywienie parenteralne : - całkowita - częsiowa		
* żywienie enteralne : - sonda - smoczek		* żywienie enteralne : - sonda - smoczek		
* zabiegi rehabilitacyjne		* zabiegi rehabilitacyjne		
* monitorowanie gospodarki płynowej		* monitorowanie gospodarki płynowej		
Planowana profilaktyka		**Planowana profilaktyka**		
* terapia immunoglogulinami		* terapia immunoglogulinami		
* wyk. szczepień ochronnych - WzW typu B - BCG - p/pneumokokom		* wyk. szczepień ochronnych - WzW typu B - BCG - p/pneumokokom		
* objęcie programem : paliwizumab		* objęcie programem : paliwizumab		
* profilaktyka ch. krwotocznej noworodków		* profilaktyka ch. krwotocznej noworodków		
* wyk. badań przesiewowych : - test na fenyloketonurie hipotyreoze mukowiscydoze		* wyk. badań przesiewowych : - test na fenyloketonurie hipotyreoze mukowiscydoze		
* test pulsoksymetryczny		* test pulsoksymetryczny		
* przesiewowe badanie słuchu		* przesiewowe badanie słuchu		
* inne		* inne		
Planowana edukacja rodziców		**Planowana edukacja rodziców**		
* w zakresie : - karmienia naturalnego - karmienia szcztucznego - kapieli i przewijania dziecka - pielęgnacji kikuta pępowiny. - dalszych szczepień		* w zakresie : - karmienia naturalnego - karmienia szcztucznego - kapieli i przewijania dziecka - pielęgnacji kikuta pępowiny. - dalszych szczepień		
* inne zalecenia : - wizyty kontrolne u specjalistów		* inne zalecenia : - wizyty kontrolne u specjalistów		

….....
(podpis i pieczątka lekarza)

Zostałem(-łam) w pełni poinformowany(-a) w sposób dla mnie zrozumiały o stanie zdrowia mojego dziecka, celu i sposobie wykonywania powyższych procedur, ryzyku z nimi związanym oraz możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Wyrażam świadomą zgodę na poddanie mojego dziecka zabiegom i procedurom wynikającym z powyższego ramowego planu indywidualnej opieki medycznej

….....
(podpis rodzica / opiekuna)

Admed® MEDICAL PARTNER