Nr księgi głównej:……

Nr księgi oddziałowej: ……

KARTA POŁOŻNICZA

Nazwisko ..... **Imię** (imiona).....

Miejsce i data urodzenia ..... □□-□□-□□□□ **PESEL** □□□□□□□□□□□

Adres zamieszkania.....

Zawód …… tel. …….....

Przyjęto dnia: □□-□□-□□□□ godz. □□-□□

Wypisano dnia: □□-□□-□□□□

Rozpoznanie wstępne (ustalone przez lekarza przyjmującego):

Kod ICD 10

1..... .....

.....

(Podpis i pieczątka lekarza przyj muj ącego)

Grupa krwi: ……Rh...../..... **Fenotyp** .....

/w przypadku braku nie oznaczamy/

GBS: ……

……

(Podpis i pieczątka lekarza)

1. Wyrażam zgodę na przyjęcie i pobyt w szpitalu, przeprowadzenie wstępnych badań diagnostycznych i udzielenie mi świadczeń zdrowotnych.

…….....

(Podpis pacjentki)

2. Oświadczam, iż zostałam poinformowana o tym, że informacja o prawach i obowiązkach pacjenta została wywieszona na tablicy informacyjnej.

3. Oświadczam, iż zostałam poinformowana o możliwości oddania rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego. Nr kwitu depozytowego: .....

4. Do zasięgania informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam / nie upoważniam*: ….....

…….....tel.: …….....

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

…….....

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

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

…….....

(Podpis i pieczątka osoby zbierającej dane)

……...

(Podpis pacjentki)

Legnica, dnia …….

*niepotrzebne skreślić

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 pacjentki.....

WYWIAD | **OM** : ..... | **TP**:

Przebyte choroby, operacje:.....

Alergie:.....**Miesiączki** co ..... dni,

Rodziła: ..... razy, w tym: o czasie..... przedwcześnie..... niewcześnie..... Ostatni poród ..... rok.

Dzieci urodzonych żywo....., martwo....., z wadami wrodzonymi.....Żyje.....**Poronienie**:.....razy, ostatni raz.....rok

Przebieg ciąż , porodów, poronień.....

.....

Przebieg obecnej ciąży.....

Pierwsze ruchu płodu..... Ruchy płodu: czuje, nie czuje od.....

Ostatnie badanie wykonane przez ..... dnia .....

Wody zachowane, odpłynęły, wątpliwe dnia..... godz.....<czyste, żółte, zielone>

Krwawienie: brak, obecne <skąpe, mierne obfite> .od.....

Zgłaszane dolegliwości: od.....,obecnie.....

STAN OGÓLNY

Ciepłota ciała....., **tętno**...../min, **Ciśnienie krwi**.....kPa.

Obrzęki: brak, na kończynach dolnych, uogólnione. **Żylaki**....., Odżywienie.....

Ogniska ropne....., **Miednica**...../...../...../.....cm. Czworobok Michaelisa .....

STAN POŁOŻNICZY

ASP...../min, **Położenie:** podłużne, poprzeczne, skośne, główkowe, miednicowe, ciąża mnoga.

Trzon macicy dnem sięga.....

Część przodująca: ruchoma, przyparta, ustalona, w próżni, cieśni, wychodzie.

Szyjka: zachowana, skrócona, zgładzona. Ujście rozwarte(**wew.**) na .....cm, zamknięte. **We wziernikach** ..... cm

Pęcherz owodniowy: zachowany, badalny, brak. Wody odchodzą, sączą. Kolor: czyste. żółte, zielone.

Amnioskopia ..... **Test Mennekinga** .....

.....

(Podpis i pieczątka lekarza przyj muj ącego)

PRZEBIEG PORODU

Przyjęto na salę porodową dnia..... godz. ..... min..... W ..... okresie porodu.

Temp. ..... Tętno ...../min **Ciśnienie krwi**.....**ASP**...../min **Skurcze macicy** rozpoczęły się

dnia ..... o godz. ..... **Pęcherz płodowy pękł**, przebito dnia ..... godz. .....,

przy rozwarciu ..... Wody płodowe odpływają, ilość i wygląd wód płodowych.....

Powikłania w I okresie.....

Zastosowano .....

II okres porodu rozpoczął się dnia .....godz.....min..... Temp. .....Tętno...../min

Ciśnienie krwi..... **ASP**...../min, **Skurcze macicy** co...../min trwające.....

Powikłania w II okresie .....

Zastosowano .....

Znieczulenie porodu :środki farmakologiczne, niefarmakologiczne, wziewne <**ENTONOX**>, psychoprofilaktyka.

Poród dziecka dnia ....., godz. ..... min. ..... **PDN; VE; CC**

Poród dziecka dnia ....., godz. ..... min. ..... **PDN; VE; CC**

Stan rodzącej bezpośrednio po urodzeniu się dziecka .....**Odpępnienie** dziecka godz. ..... min. .....

Imię i nazwisko pacjentki.....

Łożysko urodziło się dnia ……., godz.…..... min. …... całe, niecałe, wątpliwe, mechanizmem ….....
siłami natury, po lekkim ucisku, po zbiegu Credego wydobyte ręcznie. Wyłyżeczkowano jamę macicy.
Ciężar……g, wymiar……cm/……cm, kształt……Nieprawidłowość……
Pępowina: długość……cm, przyczepienie środkowe, przybrzeżne, błoniaste* skręty liczne, rzadkie*, węzły prawdziwe, fałszywe*
Błony płodowe prawidłowe, grube, cieńkie*, miejsce pęknięcia ….....
odeszły….....,pozostały ….....
Powikłania w III okresie …....
Zastosowano ….....
….....
Czas trwania porodu: I okres godz. …..... min. …... **II okres** godz. …... min. …... **III okres** godz. …... min. …....
Obrażenia dróg rodnych …..., ilość utraconej krwi ogółem: ….....ml.
(przed odejściem łożyska ….....ml, po odejściu łożyska ….....ml.).
Powikłania w IV okresie – po odejściu łożyska ….....
Zastosowano ….....
Uwagi dotyczące przebiegu porodu ….....
….....
.....

….....
(podpis i pieczątka położnej przyjmującej poród i sprawdzającej łożysko)

….....
(podpis i pieczątka lekarza obecnego przy porodzie i sprawdzającego łożysko)

NOWORODEK

LICZBA……, PŁEĆ……, CIĘŻAR…….g , Długość…….cm, Obwód głowy……..cm, Szerokość barków……cm

DONOSZONY <2501g i więcej > **NIEDONOSZONY** <1001g- 2500g > **NIEWCZEŚNIE żywo urodzony**< 501g-1000g>

<501g-1000g> **- bez oznak życia, PŁÓD niezdolny do życia** <301g-500g> **z oznakami / bez oznak życia**

DONOSZONY – martwo urodzony; NIEDONOSZONY – martwo urodzony; NIEWCZEŚNIE – martwo urodzony;

PŁÓD NIEZDOLNY DO ŻYCIA – martwo urodzony

Cucony <jak> …….. pierwszy oddech po……. min, następne oddechy……. krzyk po……..min,

Obrażenia porodowe……. Obrzęk porodowy…….. Wady rozwojowe……

Ocena wg skali Apgar

CECHY	1'	3'	5'	10'
Czynność serca				
Oddech				
Napięcie mięśni				
Odruchy				
Zabarwienie skóry				
Razem				

ZNAKI TOŻSAMOŚCI – dziecko zaopatrzono w znaki tożsamości o danych:

Imię i nazwisko matki: …..... **płeć: K☐ M☐**

data urodzenia: _ _ / _ _ 20_ _ godzina urodzenia: _ _ / _ _

….....
(podpis i pieczątka osoby zaopatrującej dziecko w znaki tożsamości)

Imię i nazwisko pacjentki.....

Wypis pacjenta ze Szpitala:

Rozpoznanie końcowe: **Kod ICD 10**

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

.....

Choroby współistniejące:.....

.....

.....

.....

Rodzaj leczenia: **Kod ICD 9**

Zachowawcze: ☐ farmakologiczne ☐ inne.....

.....

.....

.....

Operacyjne (jakie, kiedy) .....

.....

.....

.....

Zalecenia końcowe dla pacjenta .....

.....

Druk ZUS ZLA .....

Zalecenia końcowe dla lekarza przejmującego opiekę nad pacjentem .....

.....

Wypisany(a), data ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ **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)

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

Data zgonu: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ 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:.....

.....
(Podpis pacjenta)

.....
(Podpis i pieczątka lekarza wypisuj ącego)

.....
(Podpis i pieczątka ordynatora)

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

* niepotrzebne skreślić

Medmed® MEDICAL PARTNER