KSIĘGA BLOKU PORODOWEGO

Nr kolejny	Nr Księgi Głównej	Nazwisko i imię Adres PESEL	Oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki	Rozpoznanie wstępne i ostateczne Oznaczenie kod ICD-10	Informacja o zastosowanych produktach leczniczych **A**/ Indukcja porodu **B**/ Stymulacja porodu	Rodzaj znieczulenia (opis szczegółowy) Znieczulenia dokonał (pieczęć lekarza i podpis lekarza)	**Data i godzina przyjęcia na Blok Porodowy** **Data i godzina porodu**	Rodzaj porodu z zaznaczeniem nacięcia i pęknięcia krocza <stopień >		Czas trwania poszczególnych okresów porodu	Amniocen teza
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**		**10**	
			Grupa krwi				Data i godzina	**C.C.**		**I**	
			Rh	**Wstępne**				**V.E.**		**II**	
		PESEL		**Ostateczne**			Data i godzina	**PDN**	nacięcie pęknięcie	**III** **IV**	
			Grupa krwi				Data i godzina	**C.C.**		**I**	
			Rh	**Wstępne**				**V.E.**		**II**	
		PESEL		**Ostateczne**			Data i godzina	**PDN**	nacięcie pęknięcie	**III** **IV**	
			Grupa krwi				Data i godzina	**C.C.**		**I**	
			Rh	**Wstępne**				**V.E.**		**II**	
		PESEL		**Ostateczne**			Data i godzina	**PDN**	nacięcie pęknięcie	**III** **IV**	
			Grupa krwi				Data i godzina	**C.C.**		**I**	
			Rh	**Wstępne**				**V.E.**		**II**	
		PESEL		**Ostateczne**			Data i godzina	**PDN**	nacięcie pęknięcie	**III** **IV**	
			Grupa krwi				Data i godzina	**C.C.**		**I**	
			Rh	**Wstępne**				**V.E.**		**II**	
		PESEL		**Ostateczne**			Data i godzina	**PDN**	nacięcie pęknięcie	**III** **IV**	

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY ul. Iwaszkiewicza 5 LEGNICA * ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY – BLOK PORODOWY

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

Szczegółowy opis przebiegu porodu	Data i godzina wypisania pacjentki z Bloku Porodowego Miejsce, do którego pacjentka została wypisana	Oznaczenie lekarza lub położnej przyjmującej poród (pieczęć , podpis)	Nr historii noworodka	Płeć Waga Długość Apgar	Zgon noworodka	Data i godzina Miejsce, do którego przekazano noworodka
11	12	13	14	15	16	17
	Data i godzina Miejsce			Płeć Waga Długość Apgar	Data i godzina zgonu	Data i godzina Miejsce
	Data i godzina Miejsce			Płeć Waga Długość Apgar	Data i godzina zgonu	Data i godzina Miejsce
	Data i godzina Miejsce			Płeć Waga Długość Apgar	Data i godzina zgonu	Data i godzina Miejsce
	Data i godzina Miejsce			Płeć Waga Długość Apgar	Data i godzina zgonu	Data i godzina Miejsce
	Data i godzina Miejsce			Płeć Waga Długość Apgar	Data i godzina zgonu	Data i godzina Miejsce

admed® MEDICAL PARTNER