1. Numer kolejny raportu..... 2. Określenie dyżuru……..…..... 3. Data ……..….....

4. Stan pacjentek : do porodu……
po porodzie ……

- Ilość porodów : PDN: ……
CC: ……
ZABIEGOWE< VE>: ……
RODZINNE: ……

- Ilość przeniesionych : ODDZIAŁ POŁOŻNICZY ……..
BLOK OPERACYJNY <sala cięć cesarskich> …….....
PATOLOGIA CIĄŻY <IMIĘ i NAZWISKO, opis>……
……
……..
GINEKOLOGIA <IMIĘ i NAZWISKO, opis>……
……
….....

- Ilość PRZYJĘĆ do szpitala :…….....

5. Ilościowa kategoryzacja pacjentów: kat. III....., kat. II……, kat. I……

6. Zdarzenia i konfliktowe sytuacje: z pacjentem, rodziną, personelem, osobami postronnymi, kradzieże, braki w oddziale np. sprzętu, leków, itp.:.....
……

7. Nieusprawiedliwione nieobecności personelu :
…….....

8. Szczególne zdarzenia dotyczące pacjentów:
…….....
….....
……
……....
……....
……....
……
……..
……...

10. Zestaw reanimacyjny kompletny: TAK ☐ NIE ☐

11. Zestaw do krwotoków okoł oporodowych kompletny: TAK ☐ NIE ☐

…….....
(podpis i pieczątka osoby sporządzającej raport / zdającej dyżur)

…….....
(podpis i pieczątka osoby przyjmującej dyżur)

* Dotyczy tylko dyżuru nocnego

UWAGA: RAPORT POWINNA PISAĆ PIELĘGNIARKA ODPOWIEDZIALNA ZA DYŻUR

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