

Nr księgi głównej: .....

Nr księgi oddziałowej: .....

(pieczęć oddziału)

## HISTORIA CHOROBY NOWORODKA / DZIECKA

Imię (imiona) .....	Nazwisko .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Miejsce i data urodzenia .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania.....		
..... tel. ....		
Opiekun (adres, telefon) .....		
..... tel. ....		
Dokument ubezpieczeniowy .....		
Oświadczenie o dostarczeniu dowodu ubezpieczenia: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Uczęszcza do: żłobka <input type="checkbox"/> przedszkola <input type="checkbox"/> szkoły <input type="checkbox"/> Domu Małych Dzieci <input type="checkbox"/>		
Nazwa i adres.....		

Tryb przyjęcia: planowy  nagły ze skierowaniem z ratownictwa medycznego , nagły ze skierowaniem innym niż z ratownictwa medycznego , nagły bez skierowania  uczestnik wypadku komunikacyjnego .

Przyjęto dnia: \_\_ / \_\_ 20 \_\_ godz. \_\_ : \_\_

Oddział Neonatologiczny  
 Patologia Noworodka

Przeniesienia międzyoddziałowe:

Dnia __ / __ 20 __	godz. __ : __	do Oddziału .....
Dnia __ / __ 20 __	godz. __ : __	do Oddziału .....
Dnia __ / __ 20 __	godz. __ : __	do Oddziału .....

**Rozpoznanie wstępne** (ustalone przez lekarza przyjmującego):

	Kod ICD 10
1.....	.....
2.....	.....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza przyjmującego)

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam\* na wstępne badania diagnostyczne noworodka / dziecka.  
.....  
(podpis rodzica / opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego).

2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam\* na przyjęcie i pobyt w szpitalu, udzielenie świadczeń zdrowotnych noworodkowi / dziecku.  
.....  
(podpis rodzica / opiekuna prawnego).

3. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany o tym, że informacja o prawach i obowiązkach pacjenta została wywieszona na tablicy informacyjnej.

4. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości oddania rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego. Nr kwitu depozytowego: .....

5. Do zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia noworodka / dziecka upoważniam / nie upoważniam\*: .....

..... tel.: .....

6. Do pozyskania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam\*: .....

.....

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

7. Założono identyfikator z danymi osobowymi pacjenta .....

.....  
(podpis i pieczęć osoby zbierającej dane) (podpis rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego)

Legnica, dnia .....

\*niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko pacjenta: .....

**WYWIAD:**

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI (powód przyjęcia, główne dolegliwości, dotychczasowy przebieg leczenia):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

DOLEGLIWOŚCI Z POZOSTAŁYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW:

.....  
.....  
.....  
.....

PRZEBYTE CHOROBY / POPRZEDNIE HOSPITALIZACJE:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

OBECNIE ZAŻYWANE LEKI / SUPLEMENTY DIETY:

.....  
.....  
.....  
.....

ALERGIE:

.....  
.....

DANE DOTYCZĄCE CIAŻY I DANE O DZIECKU:

Liczba poronień..... Ciąża z rzędu..... Choroby podczas ciąży.....

Poród: o czasie  przedwczesny  prawidłowy  powikłany

Miejsce urodzenia:.....

Waga dziecka po urodzeniu..... g Długość..... cm Obwód głowy..... cm

Szczepienia ochronne: zgodnie z kalendarzem szczepień tak  nie

Szczepienia dodatkowe: nie  tak  jakie:.....

DIETA:

.....  
.....

UŻYWKI: papierosy ..... alkohol ..... inne .....

WYWIAD RODZINNY / ZAWODOWY:

.....  
.....  
.....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

### Epikryza

Ruled area for writing the medical report with horizontal dotted lines.



.....  
(podpis i pieczętka lekarza prowadzącego)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

### Wypis pacjenta ze Szpitala:

Rozpoznanie końcowe:	Kod ICD 10
Choroba zasadnicza:.....	.....
Choroby współistniejące:.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Powikłania: .....	.....

Rodzaj leczenia:	Kod ICD 9
Zachowawcze: <input type="checkbox"/> farmakologiczne <input type="checkbox"/> inne.....	.....
Operacyjne (jakie, kiedy) ..... / .. 20 ..	.....
..... / .. 20 ..	.....
..... / .. 20 ..	.....

Wypisany(a), data \_\_ / \_\_ 20 \_\_ 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)

Transport sanitarny: Nie  Tak  Uzasadnienie:.....

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

Data zgonu: \_\_ / \_\_ 20 \_\_ godzina zgonu: \_\_ : \_\_ ..

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:.....

Zostałem (am) w pełni poinformowany (a) w sposób dla mnie zrozumiały o stanie zdrowia mojego dziecka, wynikach leczenia, rokowaniu oraz o wykonanych u niego procedurach diagnostyczno-terapeutycznych.

.....  
(podpis rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego)

.....  
(podpis i pieczętka lekarza wypisującego)

.....  
(podpis i pieczętka ordynatora)

Statystyka: Historię choroby przyjęto dnia .....

.....  
(podpis)