

HISTORIA PIELEGNOWANIA NOWORODKA / DZIECKA

(pieczęć oddziału)

Data __ / __ / 20__

Nr księgi głównej

Dane identyfikacyjne matki	Dane identyfikacyjne noworodka
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
Adres zamieszkania	Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K Grupa krwi
.....	Data i godz. urodzenia
PESEL	PESEL dziecka
Nr telefonu	Waga urodzeniowa

PRZYJĘCIE NA ODDZIAŁ

Data i godzina przyjęcia

Który pobyt na oddziale:

- pierwszy pobyt
 kolejny pobyt który

Tryb przyjęcia:

- z sali porodowej
 z domu
 z innego szpitala / oddziału i jakiego
- ze skierowaniem TAK NIE

Dziecko zaopatrzone w znaki tożsamości TAK NIE

Powód przyjęcia: rozpoznanie wstępne

lub

rozpoznanie ze skierowania

Stan ogólny dziecka:

- dobry
 średni
 ciężki

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarские:

.....
data i czytelny podpis rodzica / opiekuna

KARTA OBSERWACJI NOWORODKA / DZIECKA

Ocena noworodka przy przyjęciu na oddział		Ocena noworodka w przypadku zmiany jego stanu zdrowia *	
	Podpis i pieczęć położnej oceniającej noworodka przy przyjęciu na oddział		Data, podpis i pieczęć położnej oceniającej noworodka w trakcie pobytu
CZYNNOŚĆ SERCA <input type="checkbox"/> prawidłowa 120 – 140 u/ min (noworodek) 80 – 120 u/min (niemowlę) <input type="checkbox"/> monitorowanie Ekg <input type="checkbox"/> monitorowanie SAT O2			
ODDECH <input type="checkbox"/> miarowy <input type="checkbox"/> nieregularny <input type="checkbox"/> wysięk oddechowy : <input type="checkbox"/> duszność <input type="checkbox"/> stękanie wydechowe <input type="checkbox"/> kaszel <input type="checkbox"/> katar <input type="checkbox"/> bezdech			
Stymulacja oddechowa <input type="checkbox"/> tlenoterapia bierna <input type="checkbox"/> inkubator <input type="checkbox"/> budka tlenowa <input type="checkbox"/> noski tlenowe <input type="checkbox"/> maseczka tlenowa <input type="checkbox"/> wentylacja Ambu <input type="checkbox"/> wentylacja n CPAP			
NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> wiotkie <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> drżenia kończyn <input type="checkbox"/> drgawki <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> kończyn górnych <input type="checkbox"/> kończyn dolnych			
POWŁOKI SKÓRNE <input type="checkbox"/> różowe <input type="checkbox"/> blado - różowe <input type="checkbox"/> blade <input type="checkbox"/> zażółcone <input type="checkbox"/> szare Zmiany skórne : <input type="checkbox"/> wybroczyny <input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> rumień <input type="checkbox"/> odparzenia/wyprzenia <input type="checkbox"/> zasinienia <input type="checkbox"/> nacięcia / otarcia <input type="checkbox"/> brak skóra czysta bez zmian patologicznych			
PĘPOWINA <input type="checkbox"/> zaopatrzona jałowo <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/> ze stanem zapalnym <input type="checkbox"/> brak kikuta pępowinowego			

Płeć: K M data urodzenia: __ / __ 20 __ imię i nazwisko matki:

Ocena noworodka przy przyjęciu na oddział		Ocena noworodka w przypadku zmiany jego stanu zdrowia *	
	Podpis i pieczętka położnej oceniającej noworodka przy przyjęciu na oddział		Data, podpis i pieczętka położnej oceniającej noworodka w trakcie pobytu
TEMPERATURA CIAŁA <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> ochłodzenie <input type="checkbox"/> stan podgorączkowy <input type="checkbox"/> gorączka			
JAMA USTNA <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> pleśniawki <input type="checkbox"/> nadżerki <input type="checkbox"/> ząbkowanie			
KARMIENIE <input type="checkbox"/> karmienie naturalne <input type="checkbox"/> prawidłowy odruch ssania i połykania <input type="checkbox"/> brak odruchu ssania i połykania <input type="checkbox"/> karmienie sztuczne : <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> smoczek <input type="checkbox"/> ulewania <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> kolki / wzdęcia			
STOLEC <input type="checkbox"/> smółka <input type="checkbox"/> stolec przejściowy <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> biegunka : <input type="checkbox"/> stolec ze śluzem <input type="checkbox"/> stolec z krwią			
DIUREZA <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> skąpa <input type="checkbox"/> założenie cewnika do pęcherza <input type="checkbox"/> bezmocz			
WADY ROZWOJOWE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> jakie			
URAZY OKOŁOPORODOWE (dotyczy noworodka) <input type="checkbox"/> krwiak podkostnowy <input type="checkbox"/> złamanie obojczyka <input type="checkbox"/> przedgłowie <input type="checkbox"/> inne			

* wypełnić w przypadku zmiany stanu zdrowia noworodka

Płeć: K M data urodzenia: __ / __ / 20 __ imię i nazwisko matki:

Wypis ze szpitala

Przeprowadzona edukacja: pacjenta rodziny / opiekunów

W zakresie:

karmienia

pielęgnacji

szczepień

inne

Pacjent nie wymaga zaleceń pielęgniarских

Data – podpis i pieczęć pielęgniarki:

Otrzymałam / em wskazówki dla rodziców:

.....

.....

(data i podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Data / godzina	Kody zestawów z Centralnej Sterylizacji