

Imię i nazwisko pacjentki

Data	Godz.	Ocena	Podpis i pieczętka

HISTORIA PIELEGNOWANIA POŁOŻNICZA

1. NUMER KSIĘGI GŁÓWNEJ
2. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI
3. DATA PRZYJĘCIA GODZ. MIN.
4. WYWIAD POŁOŻNICZO – GINEKOLOGICZNY
OM : TP:
C P..... Hbd ASP
RUCHY PŁODU CZUJE: TAK NIE
PEŁCZERZ PŁODOWY: ZACHOWANY / PEŁKŁ / WĄTPLIWY <data / godzina >
KRWAWIENIE / PLAMIEINIE Z DRÓG RODNYCH: TAK NIE
5. CHOROBY / OPERACJE:
6. ALERGIE / UCZULENIA
7. CZYNNIKI RYZYKA ŚRÓDPORODOWEGO:.....

8. WYKONYWANE CZYNNÓŚCI PIELEGNIARSKIE W IZBIE PRZYJĘĆ :		
A. PRZYJĘCIE PACJENTKI	TAK	NIE
B. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA	TAK	NIE
C. UCZESTNICZENIE PRZY BADANIU	TAK	NIE
D. SŁUCHANIE ASP	TAK	NIE
E. PLAN PORODU	TAK	NIE
F. ZAPOZNANIE Z PRAWAMI PACJENTA	TAK	NIE
G. INNE		

Legenda: dyżur dzienny - kolor niebieski/czarny dyżur nocny – kolor czerwony

9. PRZEPROWADZONO EDUKACJĘ: PACJENTKI RODZINY OPIEKUNÓW
W ZAKRESIE:

10. PACJENTKA WYPISANA DO DOMU Z ZALECENIAMI NR I WSKAZÓWKAMI NR
W DNIU __ / __ 20 __ O GODZ. :

..... (data, podpis i pieczętka położnej) (podpis pacjentki)

SPRAWDZONO DNIA __ / __ 20 __ (podpis i pieczętka osoby sprawdzającej)

Wywiad niemożliwy do przeprowadzenia: przyczyna

..... (data) (podpis i pieczętka położnej przyjmującej pacjentkę do szpitala)

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarskie data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna

