

# KARTA AMBULATORYJNA POŁOŻNICZA

(pieczętka oddziału)

NR GŁÓWNY: .....

NR KOLEJNY:.....

IMIĘ I NAZWISKO :

PESEL:

ADRES:

DATA I GODZINA PRZYBYCIA:

DATA I GODZINA WYJŚCIA:

**CZYNNOŚCI POŁOŻNICZE I PIELEGNACYJNE WYKONYWANE NA IZBIE PRZYJĘĆ :**  
<PRZYJĘCIE AMBULATORYJNE/ ODMOWA PRZYJĘCIA ZE SKIEROWANIEM KONSULTACJA >

1. ROZMOWA Z PACJENTKĄ- CEL PRZYBYCIA : TAK  NIE
2. KONTROLA TĘTNA PŁODU: TAK  NIE
3. WEZWANIE LEKARZA: TAK  NIE
4. UCZESTNICZENIE W TRAKCIE WYWIADU : TAK  NIE
5. UCZESTNICZENIE W TRAKCIE BADANIA : TAK  NIE
6. UCZESTNICZENIE W TRAKCIE USG : TAK  NIE
7. UCZESTNICZENIE LUB PRZEKAZANIE CELEM WYKONANIA KTG : TAK  NIE
8. POMIARY PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH : TAK  NIE
9. WPIS DO KOMPUTERA ; : TAK  NIE
10. INNE: .....

DATA

podpis i pieczętka położnej wykonującej przyjęcie