

KARTA NOWORODKA

Noworodka zaopatrzone w znaki tożsamości zawierające dane:

Płeć Data urodzenia Godz. urodzenia (pieczętka oddziału)

Imię i nazwisko matki

(numer w księdze głównej)

(podpis i pieczętka osoby zaopatrującej dziecko w znaki tożsamości)

RODZICE NOWORODKA		RODZENSTWO NOWORODKA												PRZEBIEG OBECNEJ CIĄŻY																																																																																																																																																	
MATKA	Imię i nazwisko	1. rok urodzenia K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				GBS								Prawidłowy : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																																																																																																																																																	
	PESEL Wiek	stan zdrowia / przyczyna zgonu.....												Choroby																																																																																																																																																	
Adres zamieszkania	2. rok urodzenia K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				Inne																																																																																																																																																										
Grupa krwi Rh	stan zdrowia / przyczyna zgonu.....				KTÓRA CIĄŻA - PORÓD																																																																																																																																																										
OJIEC	Imię i nazwisko	3. rok urodzenia K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				Liczba ciąż , rodziła: razy, w tym: o czasie..... przedwcześnie		Dzieci urodzonych żywo, martwo, z wadami wrodzonymi..... Żyje..... Zmarło Poronienie:razy Data poprzedniego porodu																																																																																																																																																							
	PESEL Wiek	stan zdrowia / przyczyna zgonu.....								Porody siłami natury																																																																																																																																																					
Stan zdrowia	4. rok urodzenia K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				Porody patologiczne																																																																																																																																																										
	stan zdrowia / przyczyna zgonu.....									PRZEBIEG PORODU																																																																																																																																																					
Data		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dzień życia</th> <th colspan="2">r.</th> <th colspan="2">w.</th> <th colspan="2">r.</th> <th colspan="2">w.</th> <th colspan="2">r.</th> <th colspan="2">w.</th> <th colspan="2">r.</th> <th colspan="2">w.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Waga</td> <td>Ciepl.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>00</td> <td>40°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>39°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>00</td> <td>38°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>37°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>00</td> <td>36°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35°C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>												Dzień życia		r.		w.		r.		w.		r.		w.		r.		w.		Waga	Ciepl.																	00	40°C																		39°C																	00	38°C																		37°C																	00	36°C																		35°C																	Czas trwania ciąży (w tyg.) Poród: czasowy, przedwczesny, ciąża przenoszona, bliźniacza. Poród: siłami natury, przedłużony, powikłany Poród: główkowy, odgięciowy, miednicowy, nóżkowy, pośladowy. Vaccum Extractor, cesarskie cięcie. Powikłania porodowe	
Dzień życia														r.		w.		r.		w.		r.		w.		r.		w.																																																																																																																																			
Waga	Ciepl.																																																																																																																																																														
00	40°C																																																																																																																																																														
	39°C																																																																																																																																																														
00	38°C																																																																																																																																																														
	37°C																																																																																																																																																														
00	36°C																																																																																																																																																														
	35°C																																																																																																																																																														
Waga		Okresy porodu I II III IV																																																																																																																																																													
Stolec				Czas odchodzenia wód płodowych																																																																																																																																																											
Wymioty						Zastosowane produkty lecznicze																																																																																																																																																									
Nazwa mleka								Inne																																																																																																																																																							
Karmienie	6:00									(podpis i pieczętka pielęgniarki / położnej)																																																																																																																																																					
	9:00																																																																																																																																																														
	12:00																																																																																																																																																														
	15:00																																																																																																																																																														
	18:00																																																																																																																																																														
	21:00																																																																																																																																																														
00:00																																																																																																																																																															
03:00																																																																																																																																																															
Kategoryzacja																																																																																																																																																															

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

Ocena według skali Apgar

Czas oceny (min) parametr	1	3	5	10
Czynność serca				
Oddech				
Napięcie mięśni				
Odruchy				
Zabarwienie skóry				
Razem liczba pkt.				

Pierwsze badanie na sali porodowej w dniu o godz.
Stan ogólny Płeć Żywotność
Skóra Tk. Podskórna
Czaszka
Ciemię przednie Jama ustna Obojczyki
Serce Płuca
Brzuch
Kończyny Stawy biodrowe

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

Postępowanie z noworodkiem na sali porodowej

Płeć K M

Waga	Długość	Obwód głowy	Obwód kl. piersiowej
łoś drożny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Przelyk drożny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Odbyt drożny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

.....
(podpis i pieczętka pielęgniarki / po ożnej)

Urazy okołoporodowe

Opis nieprawidłowości (wad wrodzonych):

W przypadku martwego urodzenia: zgon przed porodem zgon w trakcie porodu

Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:*

Odśluzowanie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	wydzielina
Osuszenie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Kontakt skóra do skóry	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Zaopatrzenie pępownicy	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Tlenoterapia	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Masaż serca	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Cewnikowanie naczyń pępowinowych	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Sztuczna wentylacja	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Intubacja	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Inkubator	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Inne leki	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	jakie
Gazometria	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Zabieg Credego	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	0,5 % Erythromycin maść

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

.....
(podpis i pieczętka
pielęgniarki / po ożnej)

.....
(podpis i pieczętka
pielęgniarki / po

Przyjęcie noworodka na: Neonatologia Pat. Noworodka Intensywna Terapija

Przyjęty na salę noworodków w dniu godz..... waga urodzeniowa

Znaki tożsamości zgodne z dokumentacją dziecka.

.....
(podpis i pieczętka pielęgniarki / po ożnej)

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

Data	OBSERWACJE LEKARSKIE	ZALECENIA



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

TESTY PRZESIEWOWE

Rodzaj badania	Data	Podpis i pieczętka pielęgniarki / położnej
Fenyloketonuria Hipotyreoza Mukowiscydoza		
Badanie pulsoksymetryczne prawa kończyna górna Sat O2...../.....tętno lewa kończyna dolna Sat O2/.....tętno		
Badanie słuchu : P ucho : N K L ucho N K Nie wykonano		

Data i miejsce wypisu

Wypisany w stanie: dobrym, średnim, ciężkim, na żądanie rodziców.

Przekazany do szpitala na oddział

Data i godzina zgonu noworodka

Opis stanów chorobowych prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem

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

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

Dziecko (imię i nazwisko dziecka)

Wypisane ze szpitala w dniu zostało powierzone (imię i nazwisko osoby odbierającej

dziecko potwierdzone dokumentem tożsamości, stopień pokrewieństwa, PESEL, adres zamieszkania)

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka pielęgniarki)

.....
(podpis osoby odbierającej dziecko)