

KARTA WIZYTY PATRONAŻOWEJ U POŁOŻNICY

Nazwisko:			Imię(imiona):			Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Wiek: <input type="text"/> <input type="text"/>			PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			data urodzenia:		
Adres: ☎								
Miejsce porodu:				Data porodu:				
				Poród*: pierwszy / następny (który?).....				
				Tydzień połogu				
				Przebieg porodu:				
Płeć dziecka (Ż, M)	Waga	Pkt APGAR	siłami natury					
			vacume					
			kleszcze					
			pomoc ręczna					
			cięcie cesarskie					
Warunki socjalno – bytowe: dobre / średnie / złe								
STAN OGÓLNY:								
Temperatura ciała:			rozstęp spojenia łonowego			Uwagi:		
RR:			zakrzepowe zapalenie żył					
Samopoczucie*: dobre / złe			hemoroidy					
Macica*: obkurczona / nieobkurczona			psychoza poporodowa					
Odchody*: krwiste / surowiczko-krwiste / śluzowate / zanikające / brak / cuchnące / ropne			anemia					
			inne					
Sutki*: prawidłowo wykształcone / wystarczająca ilość pokarmu / niewystarczająca ilość pokarmu / brak pokarmu / stan zapalny								

* - właściwie zakreślić

Uwagi:

.....
miejscowość, data i wizyty patronażowej

.....
pieczęć i podpis położnej

.....
podpis położnicy

Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci, czynię:

.....
.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby upoważnionej)

.....
miejscowość, data i podpis pacjentki

Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci.

.....
miejscowość, data i podpis pacjentki