

**Noworodek urodzony w dniu ..... o godz. min. .... płeć .....**

MATKA	PRZEBIEG OBECNEJ CIAŻY	POPZEDNIE CIAŻE - PORADY	NOWORODEK										
Nazwisko .....	Hospitalizacja przed	Poprzednie ciąży .....	Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>										
Imię .....	porodem .....	Porodów ..... w tym o czasie .....	Tydzień ciąży .....										
Adres .....	infekcje .....	Przedwczesnych .....	Waga .....g.										
.....	.....	Noworodków żywo .....	Centyl wagowy .....										
Wiek ..... Zawód .....	Choroby/leki .....	Martwo urodzonych .....	Długość .....cm										
.....	.....	Data poprzedniego porodu .....	Obwód głowy .....cm										
Grupa krwi ..... Rh .....	Inne .....	Rodzaj porodu .....	Obwód kl. pierś. ....cm										
PESEL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											.....	Rodzeństwo w wieku: .....	Pępowina x <input type="checkbox"/>
W przypadku braku PESEL, seria i numer dokumentu potw. tożsamość	Termin porodu	Stan zdrowia .....	Urodzony poza szpitalem										
.....	.....	Przyczyna zgonu .....	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										

## POSTĘPOWANIE Z NOWORODKIEM PO URODZENIU

Odśluzowanie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Identyfikacja noworodka	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osuszanie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Kąpiel noworodka	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Tlenoterapia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Zaopatrzenie pępowiny	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Penlonowanie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Zabieg Credego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Intubacja	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Kontakt ciała do ciała:		
Masaż serca	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	na bloku porodowym	TAK <input type="checkbox"/>	
Cewnikowanie żyły pęp.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	w oddziale	TAK <input type="checkbox"/>	
Gazometria z kr. pęp.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Pierwsze karmienie		
Przełyk i odbył drożny	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	na bloku porodowym	TAK <input type="checkbox"/>	
Ilość naczyń w pępowinie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	w oddziale	TAK <input type="checkbox"/>
Wymaz z ucha	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>		Przekazanie noworodka	
Hbs matki dodatni	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		do oddziału	TAK <input type="checkbox"/>
Przeciwciała anty Rh	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		Data / godzina	..... ..
Inne działania / podane leki .....					
.....					

pieczętka i podpis pielęgniarki/położnej

## PRZEBIEG PORODU

Czasowy ☐      Główkowy ☐  
 Przedwczesny ☐      Pośladowy ☐  
 Cięża przenoszona ☐      Odgięciowy ☐  
 Bliźniacza ☐      Wacum ext. ☐  
 Siłami natury ☐

Cięcie cesarskie ☐      Wskazania .....  
 .....  
 Powikłania porodowe .....  
 .....  
 Czas trwania okresu I ..... II .....  
 Czas trwania porodu od odpłynięcia wód do urodzenia dziecka .....  
 Zabiegi .....  
 Znieczulenie .....  
 Stosowane leki .....  
 Wymaz z dróg rodnych      TAK ☐      NIE ☐

.....  
 pieczętka i podpis położnej      .....  
 pieczętka i podpis lekarza położnika

### OCENA WEDŁUG SKALI APGAR

	minuta	1	3	5	10
Czynności serca					
Odedech					
Napięcie mięśniowe					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
SUMA					

Wady wrodzone .....

.....

.....

Urazy okołoporodowe .....

.....

.....

.....

pieczętka i podpis lekarza / pielęgniarki położnej

Wyrażam zgodę na badanie lekarskie i leczenie noworodka w Szpitalu Powiatowym w Ostrowi Maz.  
Do zasięgania informacji o stanie zdrowia noworodka / do uzyskania dokumentacji medycznej

Data .....

nie upoważniam, upoważniam

podpis matki .....


---

Noworodek urodzony w dniu ..... o godz. min. .... płeć .....

OCENA CZYNNIKÓW RYZYKA ZAKAŻENIA			
Hospitalizacja matki przed porodem	TAK <input type="checkbox"/>	Zielony płyn owodniowy	TAK <input type="checkbox"/>
Podwyższone wskaźniki infekcji u matki	TAK <input type="checkbox"/>	Wcześnieactwo	TAK <input type="checkbox"/>
Infekcje przebyte w czasie ciąży	TAK <input type="checkbox"/>	Dystrofia	TAK <input type="checkbox"/>
Dodatni wynik wymazu z pochwy	TAK <input type="checkbox"/>	Wady rozwojowe noworodka	TAK <input type="checkbox"/>
Biegunka u matki	TAK <input type="checkbox"/>	Skala APGAR poniżej 8 p.	TAK <input type="checkbox"/>
Poród poza szpitalem	TAK <input type="checkbox"/>	Zmiany na skórze	TAK <input type="checkbox"/>
Odpłynięcie płynu owodniowego > 12h	TAK <input type="checkbox"/>	inne	TAK <input type="checkbox"/>
Razem Tak z I i II kolumny <input type="text"/>			
Grypa ryzyka:	grypa I - 0 TAK <input type="checkbox"/>	grupa II - 1 TAK <input type="checkbox"/>	grupa III - 2 TAK <input type="checkbox"/>
			grupa IV - 3 i więcej TAK <input type="checkbox"/>

```
data .....
```

pieczęć i podpis lekarza .....

Data	OBSERWACJE LEKARSKIE	Pieczęć i podpis lekarza
		

### Wykonane szczepienia

Fenyloketonuria ☐ Hypotyreoza ☐ Mukowiscydoza ☐ BCG ☐ Engerix B ☐

---

---

---

.....  
pieczętka i podpis lekarza