

KARTA WIZYTY PATRONAŻOWEJ U NOWORODKA

oznaczenie podmiotu

DANE MATKI/OPIEKUNA:

Nazwisko: Imię(imiona): Płeć: K ☐ M ☐

Wiek: PESEL: data urodzenia:

Adres: ☎

DANE DZIECKA:

Nazwisko Imię

Adres: Data ur. Płeć: K ☐ M ☐

PESEL:

Donoszony / Wcześniak *:

tydz. HBD waga wzrost pkt. APGAR

Data opuszczenia przez dziecko szpitala

STAN OGÓLNY DZIECKA:

skóra		jama ustna		stolce		kikut pępowiny		karmienia	
czysta		czysta		prawidłowe		zachowany		naturalne	
odparzona		pleśniawki		płynne		suchy		mieszane	
wysypka		spojówki		półpłynne		wilgotny		sztuczne	
potówki		bez zmian		śluzowate		ropiejący		pojenie	
zażółcona		łzawienie		zaparcia		brak			
		wydzielina ropna		higiena *- codzienna kąpiel / toaleta					

Uwagi:

* - właściwe zakreślić

.....
miejscowość, data I wizyty patronażowej

.....
pieczęć i podpis położnej

Informację o zakończeniu realizacji wizyt patronażowych położnej poz obejmujących opieką noworodka do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietę w okresie połogu proszę przekazać do pielęgniarki poz w:

.....
(wpisać nazwę palcówki poz)

.....
podpis matki/opiekuna

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

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.

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

.....
miejscowość, data i podpis matki/opiekuna

.....
miejscowość, data i podpis matki/opiekuna