

## KARTA NOWORODKA - 1

Nr telefonu matki dziecka .....

NR oddział.....nr księgi głównej.....Urodz. Dzień, miesiąc, rok.....o godz./minuta.....

MATKA DZIECKA	PRZEBIEG OBECNEJ CIĄŻY	KTÓRA CIĄŻA	PORÓD
Nazwisko i imię, PESEL Znak identyfikacyjny	Czas trwania ciąży (w tygodniach).....	Poprzednie ciąży Poród.....w tym o czasie..... przedwczesnych.....niewczesnych..... noworodków żywo ur.....martwo urodzonych .....z wadami rozwoju.....	
Adres.....	Badania: GBS .....	Poród siłami natury.....patologicznych żyje.....dzieci, zmarło.....dzieci.	
Wiek.....zawód.....	HBS - .....	Przyczyna.....	
Grupa krwi.....Rh.....	Profil okołoporodowa.....	Data i inne informacje dot. poprzedniego porodu.....	
Ojciec dziecka	Choroby:	Rodzeństwo: rok ur./stan zdrowia.....	
	Niedoczynność tarczycy tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> - zast. lek w dawce:	Podpis pielęgniarki/położnej	
	Ostatnia miesiączka.....		

Data														PRZEBIEG PORODU	
Dzień życia														Fizjologiczny <input type="checkbox"/> Zabiegowy <input type="checkbox"/>	
MASA	Ciepl.	D.D	D.N.	D.D.	D.N.	D.D.	D.N.	D.D.	D.N.	D.D.	D.N.	D.D.	D.N.	Cesarskie cięcie <input type="checkbox"/> inny.....	
CIALA	40°													Główkowy <input type="checkbox"/> inny.....	
00	39°													Powikłania porodowe.....	
00	38°													Czas trwania okresu I..... II.....	
00	37°													Godzina pęknięcia pęcherza płodowego.....	
00	36°													Ocena wód płodowych .....	
00	35°													Czas od odpłynięcia wód do urodz. dziecka.....	
NOWORODEK SZCZEPIENIA:														P/WZW	
														data.....	
														P/BCG	
														data.....	
														seria.....	
														seria.....	
														Testy przesiewowe: data.....	
														Badanie słuchu: data.....	
NOWORODEK - PH .....														PLEĆ Z <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Masa ciała														Skala Apgar.....	
Mocz														Opis postępowania po urodzeniu: odśluzowanie <input type="checkbox"/>	
Stolec														osuszenie <input type="checkbox"/> zaopatrzenie pępowiny <input type="checkbox"/> tien <input type="checkbox"/>	
Wymioty/Ulewanie														intubacja <input type="checkbox"/> sztuczna wentyl. <input type="checkbox"/> leki <input type="checkbox"/> masaż serca <input type="checkbox"/>	
Pokarm matki														Stwierdzone nieprawidłowości .....	
Karmienie														Urazy okołoporodowe.....	
Dokarmianie														Masa ciała.....g Długość.....cm.	
Skala bólu FLACC														Obwód głowy.....cm Obwód kl.piers.....cm	
Bilirubina p/skórna														Przyjęty na salę noworodków w dn. ....o godz. ....	
														Zabieg Credego.....	
														Podpis pielęgniarki/ położnej	

Podpis i pieczętka lekarza prowadzącego

# INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI LEKARSKIEJ NAD PACJENTEM

Nazwisko i imię, PESEL matki .....

### 1. Planowana diagnostyka

- Badania laboratoryjne
- Monitorowanie parametrów życiowych
- Badania obrazowe
- Pobieranie materiału do badań bakteriolog
- Inne.....

### 2. Leczenie

- Tlenoterapia
- Antybiotykoterapia
- Fototerapia
- Wspomaganie oddechu
- Inne .....

### 3. Rehabilitacja TAK NIE

Plan opieki nad pacjentem jest opracowany w ciągu 24 godzin od przyjęcia

podpis, pieczęć lekarza.....

Ocena stanu społecznego: warunki mieszkaniowe: dobre  przeciętne  złe

Wypis: dom  inne .....

Ocena stanu psychicznego: kontakt z pacjentką: dobry  utrudniony  brak kontaktu

Depresja poporodowa tak  nie

Leczenie bólu na oddziale neonatologii: SKALA FLACC – Skala od 0-10 pkt, leki p/bólowe podajemy gdy >3 pkt,  
Leki nicopiojdowe przy natężeniu bólu 4-6/10 pkt 9 Paracetamol, Ibuprofen)  
Opioidy przy natężeniu bólu 7-10 / 10 pkt (Nalbufina)

Aktywność	Leży cicho w normalnej pozycji, łatwo się porusza	Wierci się do przodu/tyłu, napięte	Wygina się, sztywnieje, szarpie się
Skala FLACC	0	1	2
Wyraz twarzy	Buzia bez szczególnego wyrazu twarzy lub uśmiechnięta	Okresowe grymasy, marszczenie brwi markotna, niezainteresowana	Częste lub stałe grymasy drżąca bródka
Ułożenie nóg	Swobodne, zrelaksowane	Niespokojne, napięte	Kopanie, podciąganie nóg
Placz	Nie płacze	Popłakuje, jęczy, kwili	Płacze cały czas, lka lub krzyczy
Możliwość ukojenia	Spokojne i zadowolone	Daje się uspokoić głaskaniem, przytulaniem, mówieniem do niego, ale niespokojne	Trudno utulić

Rozpoznanie kliniczne ostateczne, powikłania i choroby współistniejące

Kod wg ICD10

Zastosowane zabiegi operacyjne lub inne główne procedury medyczne (wg ICD9 CM)

Procedury wg katalogu płatnika	Kod procedury	Ilość

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

Przeniesiony do szpitala.....na oddział..... Pieczęć i podpis lekarza.....

W przypadku

Martwego urodzenia – wskazane czy zgon nastąpił przed czy w trakcie porodu .....

Zgonu noworodka – data (rok, miesiąc, dzień, godzina, minuta) oraz opis słowny stanów chorobowych.....

Wynik sekcji.....