

Data	Opis
Pacjentka wypisana w dniu	
Lekarz oddziałowy:	Ordynator:

Pierwsza wizyta w "Karcie ciąży": Lekarz: Ostatnia wizyta w "Karcie ciąży": Lekarz:			Ostatnia miesiączka: Termin porodu wg OM: Termin porodu wg USG:		
Ciąża / rok	Poronienie: tyg.c.	Poród:	Wskazania do porodu operacyjnego:	Masa płodu:	
I					
II					
III					
IV					
V					
VI					
VII					
VIII					
IX					
X					
Choroby w ciąży: - - - - Papierosy: Alkohol: Narkotyki:			Choroby przed ciążą, zabiegi operacyjne: - - - - Alergie:		
VDRL HCV HBS HIV GBS					
Temp. Tętno Ciśn. tętn. Obrzęki Żylaki					
Wymiary miednicy: (nie dotyczy planowych cięć cesarskich) -międzykolcowy (25-26 cm) cm -międzygrzebieniowy (28-29 cm) cm -międzykrętarzowy (31-32 cm) cm -sprężna zewnętrzna (20-21cm) cm -obwód brzucha (do 110cm) cm			Masa ciała kg Wzrost cm BMI Tętno płodu: Ruchy płodu: Wody płodowe: Data i godz.odpływania:		
Wywiad epidemiologiczny dotyczący pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjściem do szpitala Czy chorowała na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Data Czy miała kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Data Czy była szczepiona przeciwko WZW B, ile dawek, kiedy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Data Dawek Data i dawki Czy korzystała z leczenia w placówkach medycznych <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Data Nazwa placówki Czy korzystała z gabinetów: Zabiegowych <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Endoskopowych <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Okulistycznych <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Ginekologicznych <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Stomatologicznych <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Czy korzystała z usług: Fryzjerskich <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Kosmetycznych <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Paramedycznych np. akupunktura <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Data Godzina Podpis pielęgniarki Podpis pacjenta					

PLAN PORODU ŚWIADOMA ZGODA PACJENTKI		TAK	NIE	Zmiana decyzji na: (data, podpis pacjentki)
Chciałabym rodzić z bliską osobą.				
Wyrażam zgodę na wykonanie lewatywy do porodu.				
Chciałabym móc skorzystać z dostępnych metod łagodzenie bólu porodowego.				
Zgadzam się w na podanie oksytocyny celem indukcji/stymulacji porodu.				
Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji podczas porodu.				
Zgadzam się w przypadku niepodatnych tkanek krocza na nacięcie i zeszytie krocza podczas porodu.				
Zależy mi, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę.				
Zgadzam się w przypadku niekompletnego łożyska, błon płodowych lub krwawienia na wyłyżeczkowanie jamy macicy.				
Chciałabym od razu po porodzie w trakcie okresu kontaktu „skóra do skóry” dowiedzieć się, ile waży i mierzy dziecko.				
Chciałabym nakarmić moje dziecko piersią jeszcze na sali porodowej.				
Jednocześnie zostałam poinformowana o grażących dla mnie i dla mojego dziecka możliwych negatywnych konsekwencjach wynikających z braku mojej zgody na konieczne działania medyczne.				
..... Data Podpis pacjentki Podpis i pieczętka położnej lub lekarza				
ŚWIADOMA ZGODA PRZY POBRANIU KRWI PĘPOWINOWEJ Wyrażam świadomą zgodęna pobranie krwi pępowinowej oraz żylniej po porodzie na podstawie mojej umowy z bankiem komórek macierzystych: Jednocześnie z uwagi na fakt, iż stopień czystości pobranej krwi pępowinowej oraz jej ilość uwarunkowa - na jest także czynnikami naturalnymi, na które osoba pobierająca nie ma wpływu bez zastrzeżeń akceptuję ewentualne związane z tym ryzyko podczas pobrania. podpis i pieczętka położnej lub lekarza data i godzina podpis pacjentki				
OŚWIADCZENIE PRZY REZYGNACJI Z KARMIENTA PIERSIĄ Oświadczam, że podjęłam decyzję o ostatecznej i bezdyskusyjnejrezygnacji z karmienia piersią. Jednocześnie zostałam poinformowana o konsekwencjach wynikających z mojej decyzji podpis i pieczętka położnej lub lekarza data i godzina podpis pacjentki				