

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE  
55-200 OŁAWA, UL. BACZYŃSKIEGO 1  
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY TEL. 713011357  
Regon:000306816 Kr.Cz.I-000000001273  
Kody resetowe Cz.V-01,Cz.VII-005, Cz.VIII-442  
03/81/3101074/01/2019/01

## KARTA NOWORODKA

NAZWISKO DZIECKA, PŁEĆ, IMIĘ MATKI ..... Nr księgi głównej .....

Data, godzina urodzenia ..... Nr księgi noworodkowej .....

MATKA: Nazwisko i imię ..... wiek ..... zawód .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pesel matki ..... Tel. .... Grupa krwi .....

Adres .....

OJCIEC: Nazwisko i imię .....

POPRIEDNIE CIĄŻE: (data porodu, płć, urodzony żywo/ martwo, dojrzłość, Siłami natury/ cięcie cesarskie)	RODZENSTWO NOWORODKA: (stan zdrowia, w przypadku zgonu podać Przyczynę)
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

### OBECA CIĄŻA:

Ciąża ..... pojedyncza, bliźniacza, Poród ..... Ostatnia miesiączka .....

termin porodu ..... Ukończone tygodnie życia płodowego .....

### PRZEBIEG PORODU:

Czasowy, przedwczesny, ciąża przenoszona, główkowy, odgięciowy, nóżkowy, pośladowy, siłami natury, przedłużony, powikłany, kleszcze, cesarskie cięcie, znieczulenie ogólne, miejscowe

Wskazania do cięcia cesarskiego .....

Znieczulenie zewnątrzoponowe porodu: TAK NIE

Powikłania porodowe .....

Czas trwania okresu I ..... II ..... Odpłynięcie płynu owodniowego: podczas porodu ..... przed porodem

Płyn owodniowy: czysty, seledynowy, zielony, cuchnący, małowodzie, wielowodzie

Stosowane leki u matki ..... i sterydy w ciąży: TAK NIE

WYWIAD MATKI: choroby przed ciążą .....

Choroby w obecnej ciąży .....

### Badania profilaktyczne w obecnej ciąży:

HBS	HCV	WR	HIV	TOXO
GBS – dodatni – ujemny – brak	Antybiotyk podany matce .....			
	I dawka .....		II dawka .....	
	(Data i godzina)		(Data i godzina)	

24 1

NAZWISKO NOWORODKA, PŁEĆ, IMIĘ MATKI .....

<b>OCENA WEDŁUG SKALI APGAR</b>					
<b>CZAS OCENY W MIN PARAMETR</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	
Czynność serca					
Odedech					
Napięcie mięśniowe					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
Razem liczba pkt					
<b>URAZY PORODOWE:</b>					
Podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej ocenę					
<b>NOWORODEK:</b>					
Płeć: męska / żeńska / nieokreślona;					
Stan ogólny: dobry / ciężki/ bez oznak życia;					
Zabiegi i pielęgnacja: odśluzowanie: tak / nie,					
Tlenoterapia: tak / nie;					
Stymulacja receptorów skórnych: tak / nie;					
Sztuczna wentylacja: tak / nie;					
Intubacja: tak / nie					
Masaż serca; tak / nie;					
Cewnikowanie naczyń pęp: tak / nie					
Masa ciała ..... g,      długość ..... cm,					
obwód głowy ..... cm    obwód klatki piersiowej ..... cm					
..... podpis, pieczęć położnej wykonującej pomiary antropometryczne					
<b>ZABIEG CREDEGO: tak / nie</b>					
..... Podpis pieczęć położnej					

Noworodek przyjęty do oddziału Położniczego-Neonatologicznego w dniu ..... godz. ....

Podpis i pieczęć położnej przekazującej noworodka

Podpis i pieczęć położnej/ pielęgniarki  
przyjmującej noworodka

## PIERWSZE BADANIE KLINICZNE ROZSZERZONE

w dniu \_\_\_\_\_ godz \_\_\_\_\_

### Cechy: wcześniactwa, przenoszenia, hypotrofii

**Stan ogólny:** dobry, średni, ciężki;      **Płeć:** męska, żeńska;

**Narządy płciowe:** prawidłowe, niedojrzałe, wada ..... uszkodzenia .....

**Napięcie mięśniowe:** prawidłowe, obniżone, wzmożone,

**Skóra:** różowa, blada, sinica centralna, sinica obwodowa, marmurkowa, zażółcona, wybroczyny, wylewy podskórne, uszkodzenia naskórka, inne

Ocena neurologiczna (odruch Moro)

**Tkanka podskórna:** dobrze wykształcona, słabo wykształcona; **Głowa:** prawidłowa, nieprawidłowa

**Ciemie przednie:** cm; **Jama ustna:** prawidłowa, nieprawidłowa ; **Obojczyki:** całe,

**Serce:** Akcja miarowa, niemiara; **Częstość:** /min; **Tony:** czyste / szmer; **Tętno na tętnicach udowych:** obecne / nieobecne;

**Płuca:** Szmer pęcherzykowy: prawidłowy, osłabiony, furczenia, rżenia, trzeszczenia; **Drożność nozdrzy tylnych:** tak / niedojrzałe

**Zaburzenia oddychania:** Rodzaj

**Brzuch:** prawidłowy / nieprawidłowy **Drożność przełyku:** tak / nie **Drożność odbytu:** tak / nie;

**Kończyny:** prawidłowe / nieprawidłowe **Stawy biodrowe:** w obwodzie prawidłowe / ograniczone

**Kwalifikacja do szczepienia:** P/WZW B: można szczepić / nie szczepić; BCG: można szczepić / nie szczepić

**UWAGI:**

Podpis i pieczęć lekarza badającego noworodka

# KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

NAZWISKO DZIECKA, PŁEĆ, IMIĘ MATKI .....

Data / godzina zlecenia	Zlecenia	Podpis osoby zlecającej	Podpis osoby odbierającej zlecenie	Data / godzina realizacji	Podpis osoby realizującej



NAZWISKO, PŁEĆ, IMIĘ MATKI .....

**WYPIS NOWORODKA**

Data wypisu .....

Wypisany w stanie: dobrym/ średnim/ ciężkim/ na żądanie rodziców/ wymaga kontynuacji leczenia

Wypisany do: domu/ rodziny zastępczej/ ośrodka adopcyjnego .....

Przekazany do szpitala .....

**ROZPOZNANIE KLINICZNE** .....

**WYKONANE PROCEDURY** .....

**SZCZEPIENIA**

**P/WZW**

Data i godzina szczepienia .....

Nazwa szczepionki .....

Seria .....

.....  
Podpis i pieczęć osoby wykonującej szczepienie

**BCG**

Data i godzina szczepienia .....

Seria .....

.....  
Podpis i pieczęć osoby wykonującej szczepienie

**SWOISTE IMMUNOGLOBULINY**

Nazwa immunoglobuliny .....

Data podania .....

Seria .....

.....  
Podpis i pieczęć osoby podającej immunoglobulinę

**BADANIA PRZESIEWOWE**

Wrodzone choroby metaboliczne;

Badanie słuchu metodą otoemisji akustycznej: prawidłowe, nieprawidłowe, czynniki ryzyka;

**TESTY PULSOXYMETRYCZNE**

I			II			W DNIU WYPISU		
Data / godz	SPO2	AS	Data / godz	SPO2	AS	Data / godz	SPO2	AS
	%	u/'		%	u/'		%	u/'
	%	u/'		%	u/'		%	u/'
Podpis, pieczęć osoby wykonującej test								

**WPIS DO REJESTRU WAD WRODZONYCH:** tak / nie

**DOKUMENTY WYDANE:**

Książeczka Zdrowia Dziecka, oryginał grupy krwi, karta uodpornienia, karta informacyjna, karta zgłoszenia dziecka do POZ

Inne .....

**WYMIENIONE DOKUMENTY OTRZYMAŁAM** .....

.....  
Data i podpis matki/opiekuna odbierającego dziecko

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza wypisującego