

Data	Opis
Pacjentka wypisana w dniu	
Lekarz oddziałowy:	Ordynator

Wywiad:	
Pierwsze krwawienie w mies. w roku życia, zazwyczaj regularnie co dni trwające dni, skąpe, mierne, obfite. Niebolesne, z bólami na początku, podczas, po.	
Dolegliwości w przebiegu cyklu miesięcznego	
Ostatnie od do zwykle, krótsze, dłuższe, skąpe, obfite	
Rodziła razy, w tym o czasie przedwcześnie niewcześnie	
Poroniła razy, z tego samoistnie sztucznie	
Ostatni poród przed ostatnie poronienie przed	
Dzieci urodzonych żywo nieżywo zmacerowanych Zmarło w pierwszym tygodniu życia żyje	
Przebieg porodów	
Przebieg poronień	
Ostatnie krwawienie miesięczne Pierwsze ruchy płodu	
Była pod opieką poradni K od tyg. ciąży. Lekarz prowadzący ciążę	
Ostatnie badanie dnia Lekarz	
Ruchy płodu czuje, nie czuje od Wody zachowane, odpłynęły dn. godz.	
Dużo, mało, czyste, zielone. Krwawienie, plamienie od	
Choroby w ciąży:	Choroby przed ciążą, zabiegi operacyjne:
-	-
-	-
-	-
-	-
Papierosy Alkohol Narkotyki	Alergie:
VDRL..... HCV HBS HIV GBS	
Temp Tętno Ciśn. tętn. Obrzęki Żylaki	
Wymiary miednicy: (nie dotyczy planowanych cięć cesarskich)	Tętno płodu:
- międzykolejowy cm	Masa ciała kg
- międzygrzebieniowy cm	Wzrost cm BMI
- międzykrętarzowy cm	
- sprężyna zewnętrzna cm	
- obwód brzucha cm	
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 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 zeszycie krocza podczas porodu.				
Zależy mi, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę.				
Zgadzam się w przypadku niekompletnego łożyska, błon płodowych lub krwawienia na wyłuszczenie 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 grążących 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 zgodę na pobranie krwi pępowinowej oraz żyłnej po porodzie na podstawie mojej umowy z bankiem komórek macierzystych:				
Jednocześnie z uwagi na fakt, iż stopień czystości pobranej krwi pępowinowej oraz jej ilość uwarunkowana 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 bezdyskusyjnej rezygnacji z karmienia piersią. Jednocześnie zostałam poinformowana o konsekwencjach wynikających z mojej decyzji				
..... podpis i pieczętka położnej lub lekarza data i godzina podpis pacjentki		