

► Tożsamość noworodka: Nazwisko: Data urodzenia: Podpis i pieczęć pielęgniarki/położnej: Noworodek został zapobiegany w opaski identyfikacyjne		► Badanie przesiewowe: Piec: data: Nr. serii: 2. WZW typu B Nr. serii: data:	► Szczepienia: 1. BCG Nr. serii: data: 2. WZW typu B Nr. serii: data:
---	--	---	--

BADANIE PRZEDMIOTOWE NOWORODKA PO PORODZIE:

► Krzyk 1. <input type="checkbox"/> prawidłowy 2. <input type="checkbox"/> nieprawidłowy ► Skóra 1. <input type="checkbox"/> różowa 2. <input type="checkbox"/> sinica obwodowa 3. <input type="checkbox"/> sinica uogólniona 4. <input type="checkbox"/> żółtaczka 5. <input type="checkbox"/> wybroczyny 6. <input type="checkbox"/> inne nieprawidłowości	► Klatka piersiowa 1. <input type="checkbox"/> prawidłowa Odech:/min. Czynność serca:/min. Obojętne: 1. <input type="checkbox"/> prawidłowe 2. <input type="checkbox"/> nieprawidłowe 2. <input type="checkbox"/> zaburzenia oddychania Opis: 3. <input type="checkbox"/> zaburzenia krążenia Opis: ► Tętno podskórne 1. <input type="checkbox"/> prawidłowa 2. <input type="checkbox"/> nadm. rozwinięta 3. <input type="checkbox"/> upośledzona 4. <input type="checkbox"/> obrzęki 5. <input type="checkbox"/> inne nieprawidłowości	► Wątroba 1. <input type="checkbox"/> prawidłowa 2. <input type="checkbox"/> nieprawidłowa ► Jądro brzuszne 1. <input type="checkbox"/> prawidłowa 2. <input type="checkbox"/> nieprawidłowa ► Ciężar ciała 1. <input type="checkbox"/> prawidłowa 2. <input type="checkbox"/> nieprawidłowa ► Ciężar ciała 1. <input type="checkbox"/> prawidłowa 2. <input type="checkbox"/> nieprawidłowa ► Ciężar ciała 1. <input type="checkbox"/> prawidłowa 2. <input type="checkbox"/> nieprawidłowa ► Ciężar ciała 1. <input type="checkbox"/> prawidłowa 2. <input type="checkbox"/> nieprawidłowa	Wady/inne nieprawidłowości stwierdzone po porodzie:
---	--	---	--

Nazwisko noworodka:
 Imię matki:
 Nr. s. Gł. matki/novorodka:
 PESEL matki:
 Epikryza:
 Pieczęć noworodka:

Leczenie:

Zalecenia:

Rozpoznanie/kod rozpoznania:

Procedury lecznicze/ kod procedur leczniczych:

Grupa JGP:

dzień	miejsce	rok	godz.	min.

Wypis:

dzień	miejsce	rok	godz.	min.

Zgon noworodka:

dzień	miejsce	rok	godz.	min.

Transport karetką N

Podpis lekarza karetki N

Potwierdzam tożsamość mojego dziecka, zostałam poinformowana o jego stanie zdrowia.
 Odbieram dokumentację wypisową.

Kartę uodpornienia przekazuje Szpital do Poradni Pediatricznej wskazanej przez rodziców.

Data i podpis rodzica:

Podpis i pieczęć lekarza: Podpis i pieczęć kierownika oddziału: