



Nazwisko i imię:

pesel:

Nr Ks. G.:

PORÓD ZABIEGOWY / OPERACYJNY

<input type="checkbox"/> Cięcie cesarskie	<input type="checkbox"/> elektryczne	<input type="checkbox"/> w dolnym odcinku	<input type="checkbox"/> Kleszcze położnicze
<input type="checkbox"/> Pomoc ręczna	<input type="checkbox"/> Nacięcie kroczka	<input type="checkbox"/> w dolnym odcinku	<input type="checkbox"/> wyściowe
<input type="checkbox"/> Cowjanow-Bracht	<input type="checkbox"/> Pęknięcie kroczka I <sup>o</sup> , II <sup>o</sup>	<input type="checkbox"/> klasyczne	<input type="checkbox"/> próżniowe
<input type="checkbox"/> spos. klasycznym	<input type="checkbox"/> Pęknięcie III <sup>o</sup>	<input type="checkbox"/> wycięciem macicy	<input type="checkbox"/> ze zwrotem główki
<input type="checkbox"/> innym	<input type="checkbox"/> Pęknięcie szyjki macicy		
<input type="checkbox"/> zabieg trudny	<input type="checkbox"/> Dysocja barkowa		
<input type="checkbox"/> Poród we wziemniku	<input type="checkbox"/> Obróżenia narządu rodnego:		
<input type="checkbox"/> Próżniaciąg położniczy	<input type="checkbox"/> Zabieg w znieczuleniu ogólnym		
<input type="checkbox"/> w II okresie porodu			
<input type="checkbox"/> przy niepełnym rozwarciu			
<input type="checkbox"/> zabieg trudny			

OPIS:

.....

.....

.....

.....

POPŁÓD

<input type="checkbox"/> kompletny	<input type="checkbox"/> niekompletny	<input type="checkbox"/> zatrzymanie błon płodowych	<input type="checkbox"/> zatrzymanie tkanki łożyskowej
<input type="checkbox"/> ciężar w g	<input type="checkbox"/> bez zmian	<input type="checkbox"/> długość w cm	<input type="checkbox"/> owinięta wokół
<input type="checkbox"/> wymiary w cm	<input type="checkbox"/> zmętniałe	<input type="checkbox"/> szyi	<input type="checkbox"/> tułowia
<input type="checkbox"/> kształt	<input type="checkbox"/> złoży wapnia	<input type="checkbox"/> kończyn	<input type="checkbox"/> łuzno
<input type="checkbox"/> okrągły/owalny	<input type="checkbox"/> zabarw. smółką	<input type="checkbox"/> ciasno	<input type="checkbox"/> przyczep błoniasty
<input type="checkbox"/> inny	<input type="checkbox"/> inne zmiany	<input type="checkbox"/> przeszczerp błon	<input type="checkbox"/> naczyńia błędzące
<input type="checkbox"/> powierzchnia	<input type="checkbox"/> brzożny	<input type="checkbox"/> obwałowany	<input type="checkbox"/> węzeł prawdziwy
<input type="checkbox"/> zawały	<input type="checkbox"/> odległość pęknięcia	<input type="checkbox"/> węzeł rzekomy	<input type="checkbox"/> odległość przyczepu od
<input type="checkbox"/> złoży wapniowe	<input type="checkbox"/> błon w cm	<input type="checkbox"/> brzożu w cm	
<input type="checkbox"/> krwiaki			
<input type="checkbox"/> inne zmiany			

Rozpoznanie ostateczne:

.....

.....

.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza

Nazwisko i imię:

pesel:

Nr Ks. G.:

OPIS PORODU

Ginekolog-Położnik	Polozna	Anestezjolog
Neonatolog	Obecność męża lub innej osoby	

<input type="checkbox"/> Samoistny	<input type="checkbox"/> Zabiegowy	<input type="checkbox"/> Operacyjny	<input type="checkbox"/> Pojedynczy	<input type="checkbox"/> Bliźniaczy
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Opis położenia płodu w czasie porodu		Ułożenie części przodującej w kanale rodnym	
Położenie	Ustawienie	niechadzi	pełne
Główkowe	lewe	nieokreślone	pośladowe
<input type="checkbox"/> Miednicowe	prawe	nieokreślone	przedstopki
<input type="checkbox"/> Poprzeczne	nieokreślone	nieokreślone	nie badane

Observacja stanu płodu

KTC ☐

Typ porodu	Preindukcja	Wskazania
<input type="checkbox"/> Samoistny	<input type="checkbox"/> Oksytocyna	
<input type="checkbox"/> Indukcja	<input type="checkbox"/> Prostaglandyny	
<input type="checkbox"/> Stymulacja	<input type="checkbox"/> Amniocenteza	

Zanieczyszczenie okolicy porodowej	<input type="checkbox"/> Ogólne	<input type="checkbox"/> Blokady n. słonowych	<input type="checkbox"/> Zewnętrzne
<input type="checkbox"/> Dożylne	<input type="checkbox"/> Podopieczni	<input type="checkbox"/> Inne	
<input type="checkbox"/> Miejskowe			

Płyn owodniowy	Prawidłowa	Skąpa	Nadmierna
Ilość:			
Płyn owodniowy przejrzysty	<input type="checkbox"/> Smółka	<input type="checkbox"/> Krew	<input type="checkbox"/> Ropny
Płyn owodniowy zabarwiony			

CZAS TRWANIA PORODU - UTRATA KRWI

Przebieg porodu	Data	Godz.	Min.	Czas trwania porodu	Godz.	Min.	Utrata krwi ml
<input type="checkbox"/> Pęknięcie pęcherza płod.				I okres			I okres
<input type="checkbox"/> Początek I okresu porodu				II okres			II okres
<input type="checkbox"/> Początek II okresu porodu				III okres			III okres
<input type="checkbox"/> Poród dziecka				Razem			Razem
<input type="checkbox"/> Poród popłodu							

Stan pacjentki 2 godz. po porodzie	Temperatura	Samopoczucie
RR	Tętno	

Podpis i pieczęć lekarza