

oznaczenie podmiotu leczniczego

Karta wizyt patronażowych u położnicy

nr ewidencyjny

Nazwisko Imię data urodzenia /PESEL

data wypisu ze szpitala data otrzymania zgłoszenia data I wizyty położnej data zakończenia opieki

Adres zamieszkania/zameldowania telefon:

stan cywilny..... wykształcenie:..... zawód wykonywany.....
czynna zawodowo ☐, niepracująca ☐, renta ☐, stopień niepełnosprawności ☐. Sytuacja ekonomiczna rodziny: dochody stałe ☐, okresowe ☐
zamieszkuje sama ☐, z rodziną ☐, liczba osób: warunki mieszkaniowe
higiena osobista i otoczenia: bez zastrzeżeń ☐, zastrzeżenia ☐, (jakie?).....
choroby/uzależnienia/niepełnosprawność w rodzinie.....

Stan ogólny zdrowia, choroby i problemy zdrowotne położnicy:

w tym: operacje/zabiegi ☐ (jakie? kiedy?)

choroby przewlekłe ☐ (jakie?).....

leki przyjmowane ☐ (jakie?)

uczulenia ☐ (na co?, leki)

inne ważne informacje

istotne informacje dotyczące okresu przedkoncepcyjnego:.....

Przebieg ciąży i porodu:

szkoła rodzenia ☐, edukacja przedporodowa ☐, osoba prowadząca ciążę:

Ciąża..... Poród..... w hbd; ciąża fizjologiczna ☐, ciąża wysokiego ryzyka ☐, leki w ciąży:

data porodu..... miejsce porodu

przebieg porodu: PSN bez obrażeń ☐, PSN E+E / pęknięcie krocza ☐, poród zabiegowy ☐, CC ☐ wskazania:.....

zabiegi/leczenie stosowane podczas pobytu w szpitalu

Noworodek: imię i nazwisko..... płeć M / Ż

masa ciała.....g, długość ciała.....cm, obwód głowy.....cm, obwód klatki piersiowej.....cm, punkty Apgar.....

urazy okołoporodowe / wady rozwojowe:

ocena sprawności fizycznej położnicy: samodzielna ☐, ograniczona ☐, zależna ☐

wymagana współpraca położnej z innymi instytucjami: nie ☐, tak ☐ (jakimi?)

lekarz rodzinny/poradnia: