

oznaczenie podmiotu leczniczego

Karta wizyt patronażowych u noworodka

nr ewidencyjny

Nazwisko..... Imię..... płeć M / Ż data i miejsce urodzenia/.....

data wypisu ze szpitala data otrzymania zgłoszenia data I wizyty położnej lekarz pediatra.....

Adres zamieszkania/zameldowania.....

	imię, nazwisko	rok urodzenia	wykształcenie	zawód wykonywany	numer telefonu	PESEL matki/opiekuna
matka						
ojciec						
opiekun prawny						

rodzeństwo (imię, rok ur.).....

choroby/uzależnienia/nieppełnosprawność w rodzinie.....

sytuacja ekonomiczna rodziny: dochody stałe ☐, okresowe ☐, bez dochodu ☐; liczba osób zamieszkujących z noworodkiem 1+.....

warunki mieszkaniowe: obecność zwierząt domowych: nie ☐, tak ☐

higiena otoczenia dziecka: bez zastrzeżeń ☐, zastrzeżenia ☐ : jakie?.....

istotne informacje dotyczące okresu przedkoncepcyjnego:.....

przebieg ciąży..... szkoła rodzenia/ edukacja przedporodowa: tak ☐, nie ☐

Ciąża.....Poród..... w hbd

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

masa ciałag, długość ciałacm, obwód głowy cm, obwód klatki piersiowej cm, punkty Apgar.....

urazy okołoporodowe / wady rozwojowe:

	szczepienie WZW	szczepienie BCG	test przesiewowy	badanie słuchu	max poziom bilirubiny
data wykonania					
uwagi					

leki i zabiegi na oddziale noworodków.....

najniższa masa ciała / doba życia masa ciała w dniu wypisu:

zalecenia szpitala