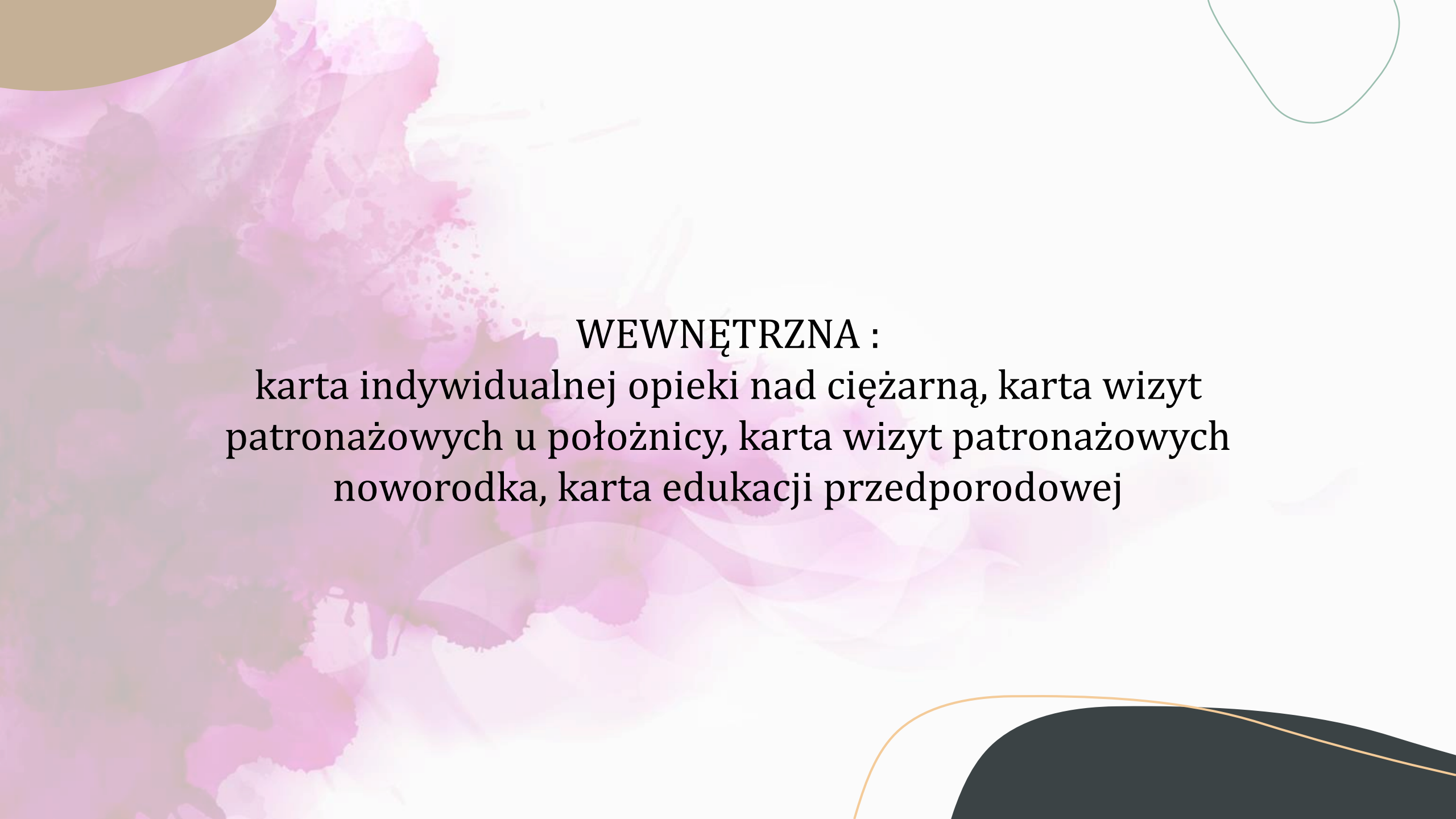




DOKUMENTACJA MEDYCZNA POŁOŻNEJ POZ

ZEWNĘTRZNA :

karty przebiegu ciąży, opinii, zaświadczenia, orzeczenia,
skierowania na badania diagnostyczne, książeczki zdrowia dziecka



WEWNĘTRZNA :
karta indywidualnej opieki nad ciężarną, karta wizyt
patronażowych u położnicy, karta wizyt patronażowych
noworodka, karta edukacji przedporodowej

OZNACZENIE PODMIOTU:

- nazwę podmiotu

OZNACZENIE PACJENTA :

- Imię i nazwisko
- PESEL

PRZEPROWADZONY WYWIAD :

- Informacja o chorobach, przebytych zabiegach, operacjach, lekach zażywanych na stałe, hospitalizacji

KAŻDA STRONA DOKUMENTACJI MUSI BYĆ PONUMEROWANA !!

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIE
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ O RAZ POŁOŻNEJ
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY									
1. Imię					2. Nazwisko				
3. Data urodzenia					4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				
----- dzień — miesiąc — rok									
5. Adres miejsca zamieszkania									
5A. Ulica			5B. Numer domu / mieszkania		5C. Kod pocztowy i miejscowość				
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)									
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)									
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)									
8A. Imię		8B. Nazwisko			8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)				
Adres miejsca zamieszkania									
8D. Ulica			8E. Numer domu / mieszkania		8F. Kod pocztowy i miejscowość				
8G. Imię		8H. Nazwisko			8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)				
Adres miejsca zamieszkania									
8J. Ulica			8K. Numer domu / mieszkania		8L. Kod pocztowy i miejscowość				
II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY									
9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece									

zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma)
świadczeniodawcy

9B. Adres siedziby
świadczeniodawcy

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾☐ po raz pierwszy lub po raz drugi☐ po raz trzeci i kolejny³⁾

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- ☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- ☐ zmiana miejsca zamieszkania
 - ☐ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- ☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko
położnej
podstawowej
opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾☐ po raz pierwszy lub po raz drugi☐ po raz trzeci i kolejny³⁾

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- ☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- ☐ zmiana miejsca zamieszkania
 - ☐ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- ☐ inna okoliczność

(data)

(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego⁵⁾)

EDUKACJA PRZEDPORODOWA

.....
imię i nazwisko

Tydzień ciąży	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Podpis położnej
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						



WIZYTY PATRONAŻOWE

.....

	1 wizyta	2 wizyta	3 wizyta	4 wizyta	5 wizyta	6 wizyta
data						
podpis położnej						
podpis pacjentki						

Poinformowałam rodziców/opiekunów o konieczności zgłaszania się na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne do poradni lekarza rodzinnego.

Dziecko przekazałam pod opiekę pielęgniarki środowiskowo - rodzinnej

.....
podpis pacjentki

Zostałam poinformowana o konieczności zgłoszenia się na badanie ginekologiczne po 6 tygodniu porodu

.....
podpis pacjentki



KARTA OPIEKI NAD KOBIETĄ CIEŻARNĄ
PROWADZONA PRZEZ POŁOŻNĄ ŚRODOWISKOWO – RODZINNĄ

Nazwisko		Imię	
Data urodzenia		PESEL	
Adres zamieszkania		Telefon	
Wykształcenie		Zawód wykonywany	
Warunki lokalowe			
Liczba zamieszkających osób		Liczba zajmowanych pomieszczeń	
Mieszkanie czyste/zanieczyszczone		Czy rodzina korzysta z pomocy społecznej tak/nie	
Wywiad ogólny			
Przebyte choroby		Choroby towarzyszące obecnej ciąży	
Operacje		Stosowane leki/witaminy	
Papierosy (ilość)	Alkohol	Grupa krwi	
Wywiad położniczy			
Liczba porodów o czasie	Liczba porodów przedwczesnych	Liczba poronień	Hospitalizacje w ciąży
Data ostatniej miesiączki	Pierwsze ruchy płodu	Termin porodu	

.....
podpis położnej

KARTA WIZYT PATRONAŻOWYCH U NOWORODKA

Początek		PESEL	
		Kod oddziału NFZ	
NAZWISKO		IMIĘ	
ADRES		TELEFON	
Data urodzenia	Płeć	Miejsce urodzenia	
DOKOSZONY	Tydzień ciąży	WCZESNIAR	Tydzień ciąży
	Waga		Waga
	DL ciała		DL ciała
	Pkt. Apgar		Pkt. Apgar
SZCZEPNIENIA	p/WZW (data i seria)	Test na TSH i FK (data i seria)	Odczyn po szczepieniu BCG/6tyg.
	BCG (data i seria)		
		Data wypisu ze szpitala	
		Data otrzymania zgłoszenia	

Poinformowałam rodziców/opiekunów o konieczności zgłaszania się na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne do poradni lekarskiej rodzinnego.

Dziecko przekazane pod opiekę pielęgniarki środowiskowo - rodzinnej

Podpis Matki

Podpis Położnej

STAN OGÓLNY NOWORODKA

Data wizyty						
Zachowanie	spokojny					
	pobudzony					
Ciepłota ciała	prawidłowa					
	przeziębiony					
	wyżłobiony					
Napięcie mięśni	w normie					
	słabe					
	wzmoczone					
Skóra	rodowa					
	blada					
	zadziwienie					
	czysta					
	odpornia					
	wypłata					
Sutki	bez zmian					
	obrzęki L/P					
	stan: spokojny L/P					
	wybielina ropna L/P					
Jama nosowa	czysta					
	plwocina wdeł					
Spojówki	bez zmian					
	wybielina ropna L/P					
Kłut pępowiny	zachowane					
	suche					
	wilgotny					
	ropiejący					
	stan: spokojny					
	brak					
Dno pępla	suche					
	wilgotne					
	ropiejące					
	starczone					
	stan: spokojny					
	przepełnia					
Stawy biodrowe	Do kontroli USG					
Karmienie	naturalne					
	mleczko					
	forma					
	skuteczne					
Stolec	prawidłowe					
	nieprawidłowe					
	liczba/kolor					
Ukrewanie						
Wymioty						
Wadzyca brzucha, kolki						
Wzrost (D)						
Higiena	łopki					
	toileta					
	prawidłowe ubranie					
	Wierusowanie/quacery					
	WAGA NOWORODKA:					
	Podpis położnej					

KARTA WIZYT U POŁOŻNICY

Pieczęćka					PESEL									
					Kod oddziału NFZ									
Nazwisko				Imię				Edukacja przedporodowa						
Ulica				Kod pocztowy, miejscowość				Telefon						
Miejsce porodu			Szpital	Data porodu		Poród pierwszy								
			Pryw. Klin.			Następny (który)								
			Dom			Tydzień pogołu								
Płeć dziecka	Poród		SN	Poród o czasie		Wskazania do cc								
Waga			Vacuum	Przedwczesny										
Pkt. Apgar			Kleszcze	Po terminie										
			CC											
Warunki mieszkaniowe		Dobre	Warunki bytowe		Dobre									
		Średnie			Średnie									
		Złe			Złe									
Higiena otoczenia				Czystość										
				Wietrzenie										
				Dym tytoniowy										

Zostałam poinformowana o konieczności zgłoszenia się na badanie ginekologiczne po 6 tygodniach porodu

STAN OGÓLNY POŁOŻNICY

Data wizyty							
Samopoczucie	dobrze						
	złe						
Sutki	prawidłowo wykształcone						
	nieprawidłowo wykształcone						
Brodawki	prawidłowe						
	płaskie						
	wklęsłe						
	poranione						
Laktacja	prawidłowa						
	słaba						
	break						
	zawał						
	zastój pokarmu						
	stan zapalny						
	ropień						
Macica	obkurczona						
	nieobkurczona						
Odczyny z dróg rodnych	krwiste						
	sierowiczo/krwiste						
	śluzowate						
	zanikające						
	break						
	nieprawidłowe						
Rana	zagojona						
	w trakcie gojenia						
	ziarninująca						
	ropiejąca						
	obrzęk						
	krwista						
Zdjęcie szwów	dom						
	szpital						
	gabinec lekarski						
Inne powikłania porodu	hemoroidy						
	anemia						
	zakrzepowe zapalenie żył						
	obrzęki						
	stan zapalny dróg moczowych						
	inne						
Samoopieka	prawidłowa						
	nieprawidłowa						
Edukacja zdrowotna	na wysokim poziomie						
	zadowalająca						
	na niskim poziomie						
		Podpis położnej					

VIII.2. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ – 1.-6. tydzień życia

1. Data I. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data

Oznaczenie położnej

1. Data II. wizyty.....

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data

Oznaczenie położnej

1. Data III. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data

Oznaczenie położnej

1. Data IV. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data

Oznaczenie położnej

1. Data V. wizyty.....

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data

Oznaczenie położnej

1. Data VI. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data

Oznaczenie położnej

VIII.2. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ - 1.-6. tydzień życia

Masa ciała
3160g

1. Data I. wizyty 7.10.2020
 2. Wiek dziecka 5 dni
 3. Opis wizyty Noworodek w stanie ogólnym dobrym. Tętno 120/min, cięta, prawidłowa. (Sborę) Ciężka, 2-3 dniowa, III° w krawera, kikut pępowiny, sucho, dużo pępek, wilgotne.
 4. Sposób żywienia noworodka prawidłowe. Bruch miękki.
 5. Zalecenia stolce prawidłowe. Ciężko 15-20m. Jedna w godzinie.
 6. Data następnej wizyty Zalecono karmienie na żądanie.
 Data kikut na sucho. max pępek w 3.
 Wt. Dż - 400 gm od 14 doby życia.

1. Data II. wizyty
 2. Wiek dziecka
 3. Opis wizyty
 4. Sposób żywienia noworodka
 5. Zalecenia
 6. Data następnej wizyty
 Data Oznaczenie położnej
 1. Data III. wizyty
 2. Wiek dziecka
 3. Opis wizyty
 4. Sposób żywienia noworodka
 5. Zalecenia
 6. Data następnej wizyty
 Data Oznaczenie położnej

1. Data IV. wizyty
 2. Wiek dziecka
 3. Opis wizyty
 4. Sposób żywienia noworodka
 5. Zalecenia
 6. Data następnej wizyty
 Data Oznaczenie położnej

1. Data V. wizyty
 2. Wiek dziecka
 3. Opis wizyty
 4. Sposób żywienia noworodka
 5. Zalecenia
 6. Data następnej wizyty
 Data Oznaczenie położnej

1. Data VI. wizyty
 2. Wiek dziecka
 3. Opis wizyty
 4. Sposób żywienia noworodka
 5. Zalecenia
 6. Data następnej wizyty
 Data Oznaczenie położnej

PODPIS
PIECZĄTKA