PORÓD

Data: dzień 03 miesiąc 03 rok 2009
Godz. 13 30
Miejsce urodzenia* (szpital), ambulatorium, dom, inne

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Ludwika Rydygiera
Oddział Ginekologiczno-Położniczy
Blok Porodowy
31-826 (pieczęć szpitala) Jesieni 1
tel. 640-00-01

*właściwe podkreślić

Poród w 40 tygodniu ciąży.
(Pojedynczy), bliźniaczy*, bliźnię, którę z kolei .....
Czas trwania I okresu 3h 20' godz., II okresu 10' min.....
Pęknięcie pęcherza płodowego*:
w czasie porodu
przed porodem – liczba godzin 8h 30'
Płyn owodniowy*: przejrzysty, ~~mętny~~, zielony, krwisty.
Rodzaj porodu* (siłami natury), kleszcze, VE, pomoc ręczna.
Cięcie cesarskie, wskazania .....
Zastosowane znieczulenie .....
Leki w czasie I i II okresu porodu 5 j. Oxytocyny
.....

Nieprawidłowy przebieg porodu*:
Objawy zagrożenia płodu, nieprawidłowa czynność skurczowa macicy, krwawienia w I okresie, stan septyczny, poród przedłużony, nieprawidłowe położenie/ułożenie płodu, nieprawidłowe usytuowanie łożyska, inne nieprawidłowości łożyska

Opis powikłań: Okręcone pępowiną wokół szyji
.....
.....
.....

*właściwe podkreślić

STAN NOWORODKA PO URODZENIU

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Ludwika Rydygiera
Oddział Ginekologiczno-Położniczy
Blok Porodowy
31-826 Kraków, os. Złotej Jesieni 1
Tel. 646-86-01

pieczęć zakładu

Masa urodzeniowa 3100 g długość 57 cm
Obwód głowy 35 cm obwód klatki piersiowej 32 cm
pH z naczyń pępowinowych tętnica, żyła: .....

Ocena według Apgar

Czas oceny (min) / parametr	1	3	5	10
Czynność serca	2	2	2	2
Oddech	2	2	2	2
Napięcie mięśni	2	2	2	2
Odruchy	2	2	2	2
Zabarwienie skóry	2	2	2	2
Razem liczba pkt.	10	10	10	10

Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu*

odśluzowanie — tak, nie (od .....do ..... min)
tlenoterapia — tak, nie (od .....do ..... min)
intubacja — tak, nie (od .....do ..... min)
cewnikowanie naczyń pępowinowych — tak, nie
masaż serca — tak, nie (od .....do ..... min)
sztuczna wentylacja — tak, nie (od .....do ..... min)
zabieg Credego — tak, nie
wit. K — tak, nie
inne leki — tak, nie (jakie.....
.....)

*właściwe podkreślić

Lek. Mariusz Strzelecki
NEONATOLOG

.....
(podpis i pieczęć neonatologa)

OBSERWACJE W ODDZIALE NOWORODKOWYM

Od 3.III.08 do 6.III.08 dni 3

Stan przedmiotowy**

	P	N	Rodzaj nieprawidłowości
głowa	X		COFNIĘTA ŻUCHWA, PODNIEBIENIE GOTYCKIE
szyja	X		
obojczyki	X		
skóra	X		
oddech	X		
czynność serca	X		
tony serca	X		
tętno na kończynach górnych	X		
tętno na kończynach dolnych	X		
brzuch	X		
narządy płciowe	X		
napięcie mięśni	X		
kończyny	X		
stawy biodrowe	X		

Żółtaczka *: nie, tak od ..... doby do ..... doby

czynniki ryzyka hiperbilirubinemii: .....

maksymalne stężenie bilirubiny ..... w .....dobie

fototerapia: nie, tak od .....doby do.....doby

zalecana ambulatoryjna kontrola stężenia bilirubiny: nie, tak

kiedy.....

wrodzone wady rozwojowe: nie, tak - jakie .....

.....

zgłoszenie do rejestru: nie, tak - data .....

.....

Obniżenie masy ciała: najniższa masa 3000 w dobie 2

Karmienie* naturalne, sztuczne, mieszane

* właściwe podkreślić

** wstawić X w odpowiednim miejscu (P=prawidłowe N=nieprawidłowe)