

7

Książka bloku porodowego format A4, układ
pionowy

Nr kolejny pacjentki

Nazwisko i imię/imiona PESEL*

Czy uzyskano zgodę na poród

(pieczęć i podpis lekarza kierującego)

Data przyjęcia pacjentki na blok
porodowy lub salę porodową

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

rok

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

miesiąc

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

dzień

godz. min. w systemie 24-godzinny

Oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki

Kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała

Rozpoznanie wstępne

Rozpoznanie ostateczne

Informacja o zastosowanych produktach leczniczych

Rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjentki oraz jego szczegółowy opis

Oznaczenie lekarza anestezjologa i podpis

(imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu)

Data produktu:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

rok

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

miesiąc

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

dzień

godz. min. w systemie 24-godzinny

Czas trwania poszczególnych okresów porodu:

Szczegółowy opis przebiegu porodu

Data wypisania pacjentki z bloku porodowego, sali porodowej

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

rok

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

miesiąc

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

dzień

godz. min.
w systemie 24-godzinny

Adnotacje o miejscu do którego pacjentka została wypisana
z bloku porodowego, sali porodowej

(miejsce)

Oznaczenie lekarza lub położnej przyjmującej(go) poród

(nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje,
nr prawa wykonywania zawodu, podpis)

* W razie braku numeru PESEL seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość