

Kod identyfikacyjny															pieczęć oddziału																			
KARTA NOWORODKA																																		
Nr Oddz.															Imię i nazwisko																			
Urodz. w dniu o godz.															grupa krwi																			
RODZICE															PRZEBIEG OBECNEJ CIĄŻY										Która ciąża Który poród									
MATKA	Nazwisko i imię														Prawidłowy/Nieprawidłowy										Data poprzedniego porodu									
	Wiek, adres																								Poród.....w tym o czasie									
 tel.														przedwczes. niewczes.																			
	Pesel matki lub seria dowodu osobistegonoworodków żywe																			
	Zawód st. zdr.														martwo urodzonych																			
OJCIEC	Grupa krwi Rh														HBD.....										z wadami rozwojowymi									
	Nazwisko i imię wiek														GBS.....										Porodów siłami natury									
	Zawód st. zdr.														Krwawienie.....										patologicznych żyje									
	Grupa krwi Rh														Choroby.....										dzieci, zmarło dzień									
																									Przyczyna zgonu									
Data															PRZEBIEG PORODU																			
Dzień życia															Czasowy, przedwczesnym, ciąża bliźniacza. Siłami natury, przedłużony, powikłany, główkowy, odgięciowy, miednicowy, nóżkowy, pośladkowy. Obrót, kleszcze, VE, cesarskie cięcie. Powikłania porodowe:..... Czas trwania okresu: I II Czas odpłynięcia wód do urodzenia dziecka Zabiegi Narkoza Stosowane leki																			
Waga		Ciepł.		r.		w.		r.		w.		r.		w.											r.		w.		r.		w.			
00		40°																																
00		39°																																
00		38°																																
00		37°																																
00		36°																																
00		35°																																
Waga															Czas trwania okresu: I II Czas odpłynięcia wód do urodzenia dziecka Zabiegi Narkoza Stosowane leki																			
Stolec																																		
Mocz																																		
Dokarm.	PK																																	
	M																																	
	PK																																	
	M																																	
Wymioty															POSTĘPOWANIE PO URODZENIU																			
SKALA APGAR															NOWORODEK																			
Wiek ciążowytygodni															PŁEĆ - Ż. M.																			
CECHA		0		1		2		1 min.		3 min.		5 min.		10 min.		Stan ogólny Wady rozwojowe Urazy porodowe Waga g. Długość cm Obwód głowy cm Obw. kl. piersiowej cm Przyjęto na Oddz. Noworodkowy w dn. godz. Podpis Pielęgniarki																		
CZYNNOŚĆ SERCA		Brak		<100/min.		<100/min.																												
CZYNNOŚĆ ODDECHOWA		Brak		Cichy płacz hipowentylacja		Dobre, płacz																												
NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE		Brak		Obniżone		Prawidłowe																												
ODRUCHY		Brak reakcji		Grymas		Płacz lub aktywne cofnięcie się																												
KOLOR SKÓRY		Sinica lub błądź		Sinica obwodowa		Cały różowy																												
Suma															RESUSTYTACJA Minuty 1 min. 5 min. 10 min. 15 min. 20 min. Tlen PPV/NCAPAP Rurka inkubacyjna Masaż pośredni serca Epinefryna																			
Uwagi:																																		
Rozpoznanie:																																		

Stan ogólny: Skóra Czaszka Ciepłota ciała Serce Wydolność oddechowa Napięcie mięśniowe <div style="text-align: right;">Podpis i pieczęć</div>		
Postępowanie po urodzeniu: Oznakowanie przy matce (podpis i pieczęć położnej lub pielęgniarki) Bielizna:	Postępowanie po urodzeniu: Kontakt skóra do skóry Tak Przystawienie do piersi Tak Podpis i pieczęć położnej lub pielęgniarki	Postępowanie po urodzeniu: Nie Przyczyna matczyzna/novorodkowa Podpis lekarza
Data	OBSERWACJA	Szczepienia
		Szczepienia BCG Nazwa Seria Data Podpis i pieczęć pielęgniarki / położnej Szczepienia WZW B Nazwa Seria Data Podpis i pieczęć pielęgniarki / położnej
Data	WYKONANE KONSULTACJE	Badania przesiewowe
		KREW DO BADANIA Podpis i pieczęć pielęgniarki / położnej
Potwierdzam odbiór własnego noworodka którego tożsamość stwierdzam oraz odbiór opaski identyfikacyjnej dziecka, książeczki zdrowia szczepień dziecka, zleceń i zaleceń których treść zrozumiałam Podpis matki Data i podpis położnej		PULSOKSYMETRIA Data K. górna prawa /sat K. dolna lewa /sat Podpis i pieczęć pielęgniarki / położnej
Wypisano w stanie: dobrym, średnim, ciężkim, na żądanie rodziców, zmarło w dniu Przeniesiony do szpitala Na oddział Podpis i pieczęć lekarza Kontrola, badania Wyniki sekcji		SŁUCH Data Podpis i pieczęć pielęgniarki / położnej