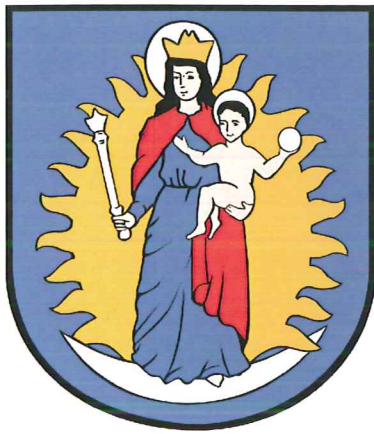


**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W WOLSZTYNIE**



**ul. Wschowska 3, 64-200 Wolsztyn
tel. 68 347 73 00 wew. 385**

Nazwisko.....

Imię.....

Data urodzenia.....

Adres.....

.....

Zawód.....

Miejsce pracy.....

Para.....

Lekarz prowadzący:

.....

PESEL.....

NIP.....

NIP pracodawcy.....

WYWIAD POŁOŻNICZY				
Data	T.c.	Płeć	Ciężar	Sposób ukończenia ciąży

WYWIAD OGÓLNY

Data pierwszego zgłoszenia.....

O.M.....(pierwsze puchy płodu).....

Termin porodu.....

Skorygowany termin porodu.....

.....

Układ krążenia.....

.....

.....

Sutki.....

.....

Grupa krwi

ciężarnej

Rh

(słownie)

ojciec dziecka

Rh

(słownie)

Data

Rozmaz cytologiczny:

Bad. serol. pokilowe I -

II -

St. czystości pochwy:

St. czystości pochwy:

St. czystości pochwy:

HBS

Promocja karmienia piersią:

Data	TC	Masa	RR	Ciężar ... 1 kg	Ostekal	Zycki	b.o.m.							
							monografia							
							Hb	Er	Huk	B				
							C	L	B	C				

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

12

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

13

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

14

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

15

OPIS BADANIA, ZALECENIA

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

Data

RR /

Tydzień ciąży

Masa ciała

Termin kolejnej wizyty:

16

BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE

Data	T.c.	GS	CRI.	FHR	Kosmówka

Uwagi:

Data	T.c.	BPD	FL	FHR	Łożysko

Uwagi:

Masa:

Test:

Data	T.c.	BPD	FL	FHR	Łożysko

Uwagi:

Masa:

Test:

17

KONSULTACJE LEKARSKIE, POBYT W SZPITALU

PRZEBIEG CIĄŻY

Leki w ciąży	Nazwa leku	Okres zażywania
Antimycotica
Antibiotica
Anticoagulantia
Antidiabetica
Antiemetica
Antihypertonica
Mimetica
Cerdiaca
Diuretica
Haemopoietica
Progesteron
Sedativa
Vitamina
Inne

PRZEBIEG PORODU

Powód przyjęcia:

Czynność skurczowa m. macicy.....
Pęknięcie błon płodowych.....
Słabe odczuwane ruchy płodu.....
Krwawienie.....
Ciąża przedterminowa.....
Zagrażający poród przedwczesny.....
Inne.....

Stymulacja porodu:
(oxytocyna, PG)

TAK NIE

Poród operacyjny c.cesarskie op. kleszczowe wyciągacz pr.
Wskazania.....
Poród samoistny.....
Noworodek pleć:..... Masa ur. ciała:.....
Stan po urodzeniu (wg. skali V. Apgar):.....
pH krwi płodu.....
pH krwi noworodka.....

PRZEBIEG POŁOGU