**Pieczątka zakładu Kod NFZ………………**

 **KARTA OPIEKI NAD KOBIETĄ CIĘŻARNĄ**

 **Prowadzona przez położną rodzinną/POZ**

**Nazwisko i imię**……………………………………………………….………… **Płeć**………………………………………………………

**PESEL…**……………………………………….**Adres zamieszkania**………………………………………………………………………………

**Grupa krwi**……………………. **GBS**………………………**telefon…**…………………………………………………………………………….

**Stan cywilny**: zamężna Tak/Nie (właściwe zakreślić) Rodzaj wykonywanej pracy……………………………………….

**Warunki lokalowe**: liczba zamieszkałych osób…………, liczba zajmowanych pomieszczeń…………………………..

**Mieszkanie:** czyste/zaniedbane (właściwe zakreślić)………………………………………………………………………………….

 Czy rodzina korzysta z pomocy społecznej: Tak/Nie…………………………………………………………………………………..

**Wywiad ogólny:**

**Data ostatniej miesiączki Termin porodu Termin porodu wg USG Pierwsze ruchy płodu**

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

|  |
| --- |
|  |

 |  |

 **CIĄŻA**……………………. **PORÓD**……………………….

**Przebyte choroby**……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Operacje**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Choroby towarzyszące obecnej ciąży**……………………………………………………………………………………………..............

.........................................................................................................................................................................

**Stosowane leki/witaminy**………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Używki:** papierosy (ilość)………………………………Alkohol…………… Inne………………………………………………………

**Wywiad położniczy**:

Liczba ciąż………… porodów o czasie………….. przedwczesnych……………… poronień……………………………

Przebieg przebytych ciąż, poronień…………………………………………………………………………………………………………….

Przebieg poprzednich porodów………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko lekarza prowadzącego………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko położnej prowadzącej ciążę………………………………………………………………………………………………………..

**Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji w czasie ciąży**:

**11 – 14** **Hbd**……………pkt **33 – 37 Hbd**…………………pkt

**Wnioski z badania:**..........................................................................................................................................

Ciąża zakończyła się porodem (rodzaj porodu)………………………………dnia……………………..w ……………Hbd

**Dodatkowe informacje:**

 **Data I wizyty położnej rodzinnej**……………………………………………………………………  **Podpis położnej**

|  |  |
| --- | --- |
| **GROMADZENIE DANYCH** | **Data wizyty patronażowej** |
| **Tydzień ciąży** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Ocena stanu ogólnego** | **RR****Tętno****Temperatura** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Ocena stanu emocjonalnego** | **prawidłowy** |  |  |  |  |  |  |
| **budzi zastrzeżenia** |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena gruczołów sutkowych** **i brodawek** |  |  |  |  |  |  |
| **Pomiar masy ciała** |  |  |  |  |  |  |
| **Badanie położnicze zewnętrzne** |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena wysokości dna macicy** |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena napięcia macicy** |  |  |  |  |  |  |
| **Żylaki**  | **kończyn dolnych** |  |  |  |  |  |  |
| **krocza** |  |  |  |  |  |  |
| **Obrzęki**  | **uogólnione** |  |  |  |  |  |  |
| **kończyn dolnych** |  |  |  |  |  |  |
| **Analiza wyników badań** |  |  |  |  |  |  |
| **Gimnastyka****w ciąży**  | **stosuje** |  |  |  |  |  |  |
| **nie stosuje** |  |  |  |  |  |  |
| **Gimnastyka****oddechowa** | **stosuje** |  |  |  |  |  |  |
| **nie stosuje** |  |  |  |  |  |  |
| **Pomiar tętna płodu** |  |  |  |  |  |  |
| **Ruchy płodu** |  |  |  |  |  |  |
| **Karmienie piersią** | **posiada wiedzę** |  |  |  |  |  |  |
| **nie posiada wiedzy** |  |  |  |  |  |  |
| **Przebieg porodu** | **posiada wiedzę** |  |  |  |  |  |  |
| **nie posiada wiedzy** |  |  |  |  |  |  |
| **Odżywianie** |  |  |  |  |  |  |
| **Stymulacja prenatalna** |  |  |  |  |  |  |
| **Inne dolegliwości i problemy** |  |  |  |  |  |  |
| **Nauka zasad kąpieli dziecka, wyprawka dziecka** |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena wiedzy na****temat przebiegu****połogu** | **posiada wiedzę** |  |  |  |  |  |  |
| **nie posiada wiedzy** |  |  |  |  |  |  |
| **Zasady higieny ogólnej, osobistej, ubioru i obuwia** |  |  |  |  |  |  |
| **Podpis pacjentki** |  |  |  |  |  |  |
| **Podpis położnej** |  |  |  |  |  |  |

**Nazwisko i imię pacjentki …………………………………… PESEL ………………………………………………….**

**Plan edukacji przedporodowej kobiety ciężarnej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rodzaj świadczenia (czynności)** | **Sposób realizacji** | **Cykliczność wykonania** | **Podpis położnej** |
|  |  |  |  |  |

**Plan porodu**

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

………………………………………………………………………………..

**NAZWISKO I IMIĘ PESEL**

 **Termin porodu** ……………………………………………………….

 **Ciąża (która)** ………………………………………………………….

**Poród (który)** …………………………………………………………

**Grupa krwi** …………………………………………………………..

**Wynik wymazu z pochwy w kierunku GBS (data)** ……………………………………………………………………………

**Informacja dotycząca poprzedniego porodu:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

**Jestem uczulona na:** …………………………………………………………………………………………………………………….……

**Obecnie biorę leki:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Lekarz prowadzący ciążę:** …………………………………………………………………………………………………………………

**Położna rodzinna:** ……………………………………………………………………………………………………………………….……

**Osoba towarzysząca w trakcie porodu (mąż, partner , przyjaciółka, doula):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Miejsce porodu:** ……………………………………………………………………………………………………………..……………..

**Rodzaj porodu:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

***Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest lista moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwskazań medycznych.***

***Jeśli przed porodem lub w czasie porodu wystąpią komplikacje lub wskazania medyczne do zastosowania określonych procedur, dla bezpieczeństwa oraz dobra matki i dziecka plan porodu może ulec zmianie.***

**PORÓD**

**TAK NIE**

 **Chciałabym mieć zrobioną lewatywę po przyjęciu do szpitala**

 **Zgoda na golenia krocza**

**Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji**

 **oraz korzystania z toalety podczas pierwszego okresu porodu**

**Chciałabym mieć możliwość picia wody podczas porodu, jeśli nie ma przeciwskazań**

**Chciałabym uniknąć wywoływania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne**

**TAK NIE**

 **Chciałabym w pierwszym okresie porodu mieć możliwość korzystania z prysznica ,worka**

 **sako , materaca, piłki**

**Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej (np. kucki, pozycja kolankowo - łokciowa, boczna, stojąca)**

**Proszę o nie nacinanie krocza, chyba że będzie to konieczne ze wskazań medycznych**

**Dopuszczam możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego porodu, jeżeli jest dostępne**

**Uznaję stosowanie oksytocyny w uzasadnionych medycznie sytuacjach, po uprzednim wyjaśnieniu wskazań i przeciwskazań do zastosowania tego leku**

**Jestem zainteresowana wykorzystaniem aparatu TENS, gazu, w celu złagodzenia bólu porodowego**

**Wyrażam zgodę na obecność dodatkowego personelu medycznego podczas porodu, w tym osób uczących się**

**Proszę o pobranie krwi pępowinowej (podać nazwę Banku Krwi)…………………………………**

**Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji**

**PO PORODZIE**

**TAK NIE**

 **Proszę o położenie dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej zaraz po porodzie**

 **Chciałabym, aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę**

 **Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas, jeżeli nie ma przeciwskazań**

 **Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć karmić od razu po porodzie**

 **Proszę o pomoc dotyczącą karmienia piersią (przygotowanie, technika)**

 **Proszę o nie dokarmianie dziecka bez uzgodnienia tego wcześniej ze mną**

**Nie mam doświadczenia w opiece nad noworodkiem, więc proszę o wzmożoną opiekę ze strony personelu**

**Jeśli będzie taka konieczność, chciałabym skorzystać z pomocy doradcy laktacyjnego**

**Inne:**

**Podpis położnej: Czytelny podpis ciężarnej:**

 **KARTA EDUKACJI ZDROWOTNEJ KOBIETY CIĘŻARNEJ**

**Imię i nazwisko ciężarnej………………………………………………………………PESEL…………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tematy** | **Data**  | **Uwagi** | **Podpis ciężarnej** | **Podpis położnej** |
| Omówienie planu opieki przedporodowej z wykazem świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia. |  |  |  |  |
| Przebieg ciąży, omówienie trymestrów ciąży, rozwój prenatalny dziecka od początku ciąży do porodu. |  |  |  |  |
| Styl życia kobiety w okresie ciąży - odżywianie, używki, nałogi, aktywność fizyczna. |  |  |  |  |
| Dolegliwości okresu ciąży i sposoby ich łagodzenia /nudności, żylaki, obrzęki, zaparcia i inne/. |  |  |  |  |
| Profilaktyka chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepienia ochronne. |  |  |  |  |
| Problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety w okresie ciąży, porodu, połogu. |  |  |  |  |
| Zagadnienia prawne dotyczące przepisów, standardu, praw pacjenta, ochrony prawnej ciężarnych matek. |  |  |  |  |
| Przygotowanie do porodu i sporządzenie planu porodu. |  |  |  |  |
| Czynniki zwiastujące poród, początek porodu, w tym stany nagłe. |  |  |  |  |
| Fizjologia porodu /omówienie 4 okresów porodu/ poród aktywny, poród rodzinny, rola partnera. |  |  |  |  |
| Pozycje wertykalne wykorzystywane w I i II okresie porodu.  |  |  |  |  |
| Farmakologiczne i niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego /masaż, muzykoterapia, aromaterapia, oddychanie przeponowe / |  |  |  |  |
| Kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacja karmienia piersią. |  |  |  |  |
| Cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia dla matki i dziecka. |  |  |  |  |
| Informowanie o możliwości deponowania tkanek popłodu, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego. |  |  |  |  |
| Przebieg połogu, pielęgnacja krocza lub rany pooperacyjnej, powrót płodności po porodzie. Ćwiczenia w połogu, ćwiczenia mięśni dna miednicy. |  |  |  |  |
| Karmienie piersią, fizjologia laktacji, korzyści dla matki i dziecka, nauka techniki karmienia. Wsparcie w laktacji, w tym rozwiązywanie problemów związanych z laktacją. |  |  |  |  |
| Nauka technik karmienia, sposoby przystawiania noworodka do piersi, oznaki prawidłowego ssania. |  |  |  |  |
| Postępowanie z dzieckiem w domu oraz zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym. |  |  |  |  |
| Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem – działania profilaktyczne, pielęgnacja dziecka. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Plan opieki przedporodowej** |
| **Nazwisko i imię pacjentki** | **Pesel** |
|   |   |
| **Plan opieki przedporodowej obejmuje zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacyjnych wykonywanych u kobiety w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzenia** |
| **Termin badania** | **Świadczenia profilaktyczne i działania w zakresie promocji zdrowia wykonywane przez lekarza/położną** | **Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne** | **Podpis położnej** |
| Do 10 tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. |   | 1. Grupa krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi. |   |   |
| 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. |   | 2. Przeciwciała odpornościowe na antygeny krwinek czerwonych. |   |   |
| 3. Badanie gruczołów sutkowych. |   | 3. Morfologia krwi. |   |   |
| 4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI. |   | 4. Badanie ogólne moczu. |   |   |
| 5. Ocena ryzyka ciążowego. |   | 5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy. |   |   |
| 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. |   | 6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM. |   |   |
| 7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób dziecka uwarunkowanych genetycznie. |   | 7. Badanie VDRL. |   |   |
| 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika. |   | 8. Zalecenie kontroli stomatologicznej. |   |   |
| 9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek. |   | 9. Badanie HIV i HCV. |   |   |
|   |   | 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży. |   |   |
|   |   | 11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji. |   |   |
|   |   | 12. Oznaczenie TSH. |   |   |
| 11 - 14. tydzień ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. |   | 1. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP). |   |   |
| 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. |   |   |   |
| 3.Pomiar masy ciała. |   |   |   |   |
| 4. Ocena ryzyka ciążowego. |   |   |   |   |
| 5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. |   |   |   |   |
| 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. |   |   |   |   |
| 15 - 20 tydzień ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. |   | 1. Morfologia krwi. |   |   |
| 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. |   | 2.Badanie ogólne moczu. |   |   |
| 3. Pomiar masy ciała. |   |   |   |   |
| 4. Ocena ryzyka ciążowego. |   |   |   |   |
| 5. Propagowanie zdrowego stylu zycia. |   |   |   |   |
| 18 - 22 tydzień ciąży |   |   | Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. |   |   |
| 21 - 26 tydzień ciąży | Rozpoczęcie edukacji przedporodowej. |   |   |   |   |
| 21 - 26 tydzień ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. |   | 1.Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy ( w 24 - 28 tygodniu ciąży) - trzypuntowe oznaczenie stężenia glukozy : przed podaniem glukozy na czczo, po 1 i 2 godz. od podania glukozy. |   |   |
| 2. Ocena czynności serca płodu. |   | 2. Badanie ogólne moczu. |   |   |
| 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. |   | 3. Przeciwciała anty - D u kobiet Rh (-). |   |   |
| 4.Pomiar masy ciała. |   | 4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze - badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM). |   |   |
| 5 Ocena ryzyka ciążowego. |   |   |   |   |
| 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. |   |   |   |   |
| 7. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24 - 26 tydzień ciąży). |   |   |   |   |
| 27 - 32 tydzień ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. |   | 1. Morfologia krwi. |   |   |
| 2. Ocena czynności serca płodu. |   | 2. Badanie ogólne moczu. |   |   |
| 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. |   | 3. Przeciwciała anty - D u kobiet Rh (-). |   |   |
| 4. Pomiar masy ciała. |   | 4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. |   |   |
| 5. Ocena ryzyka ciążowego. |   | 5. W przypadku występowania wskazań - podanie immunoglobuliny anty - D (28 - 30 tydzień ciąży). |   |   |
| 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. |   |   |   |   |
| 33 - 37 tydzień ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. |   | 1. Morfologia krwi. |   |   |
| 2. Badanie położnicze. |   | 2. Badanie ogólne moczu. |   |   |
| 3. Ocena wymiarów miednicy. |   | 3. Badanie antygenu HBs. |   |   |
| 4.Ocena czynności serca płodu. |   | 4. Badanie HIV. |   |   |
| 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. |   | 5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B - hemolizujących (35 - 37 tydzień ciąży). |   |   |
| 6. Ocena ruchów płodu. |   | 6. Oznaczenie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia. |   |   |
| 7. Badanie gruczołów sutkowych. |   |   |   |   |
| 8. Pomiar masy ciała. |   |   |   |   |
| 9. Ocena ryzyka ciążowego. |   |   |   |   |
| 10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. |   |   |   |   |
| 11. Propagowanie zdrowego stylu życia. |   |   |   |   |
| 38 -39 tydzień ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. |   | 1. Badanie ogólne moczu. |   |   |
| 2. Badanie położnicze. |   | 2. Morfologia krwi. |   |   |
| 3. Ocena ruchów płodu. |   |   |   |   |
| 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. |   |   |   |   |
| 5. Pomiar masy ciała. |   |   |   |   |
| 6. Ocena ryzyka ciążowego. |   |   |   |   |
| 7. Propagowanie zdrowego stylu życia. |   |   |   |   |
| 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika. |   |   |   |   |
| Niezwłocznie po 40 tygodniu ciąży. | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. |   | 1. Badanie KTG. |   |   |
| 2. Badanie położnicze. |   | 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. |   |   |
| 3. Ocena ruchów płodu. |   |   |   |   |
| 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. |   |   |   |   |
| 5. Pomiar masy ciała. |   |   |   |   |
| 6. Ocena ryzyka ciążowego. |   |   |   |   |
| 7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu - olejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42 tygodnia. W przypadku odstępstw od normy - indywidualizacja postępowania. |   |   |   |   |

Pieczątka zakładu

***KARTA OPIEKI NAD POŁOŻNICĄ***

***Prowadzona przez położną rodzinną/POZ***

**Nazwisko i imię**………………………………………………………………..**PESEL**…………………………**Płeć**…………………….…....

**Adres zamieszkania**……………………………………………………………………………………**telefon**…………………………………

**Warunki socjalno-bytowe**............................................................................................................................

**Pomoc i wsparcie położnicy ze strony osoby bliskiej**..................................................................................

**Relacje w rodzinie i wydolność opiekuńcza rodziny**...................................................................................

**Uczestnictwo w szkole rodzenia Tak/Nie Edukacja przedporodowa Tak/Nie**

**Nazwisko lekarza prowadzącego ciążę**……………………………………………………………………………………………........

**Nazwisko położnej prowadzącej ciążę**…………………………………………………………………………………………………….

**Wywiad położniczy: ciąża**.............**poród**………….**przebieg ciąż i porodów**………………………………………….......

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Data i miejsce porodu**……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Przebieg porodu i zabiegi profilaktyczno – lecznicze**…………………………………………………………………….………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

**Data wypisu ze szpitala**…………………………………….**Data zgłoszenia położnej**…………………………….………………

**Data I wizyty położnej środowiskowo – rodzinnej**………………………………………………………………….……………..

**Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji poporodowej**……………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Gromadzenie danych** | **Daty wizyt patronażowych** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Temperatura****Tętno****RR** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Stan psychiczny i emocjonalny** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Laktacja** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Stan gruczołów piersiowych** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena brodawek sutkowych** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inwolucja mięśnia macicy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena odchodów** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Obserwacja rany krocza/pooperacyjnej** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Umiejętność samobadania piersi** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Znajomość ćwiczeń w połogu** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Znajomość metod rozpoznawania płodności** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Znajomość diety kobiety karmiącej** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inne problemy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podpis pacjentki** |  |  |  |  |  |  |  |

**Podpis położnej**

**Nazwisko i imię pacjentki …………………………………………………………………… PESEL…………………………………………………………………………………………………..**

**Proces pielęgnowania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie** | **Plan opieki** | **Realizacja** | **Ocena** | **Podpis położnej** |
|  |  |  |  |  |  |

 **KARTA OPIEKI NAD NOWORODKIEM**

***prowadzona przez położną rodzinną***

**Nazwisko i imię**…………………………………………..… **płeć dziecka M/Ż** **PESEL**……………………………………..

**Adres zamieszkania**…………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nazwisko matki(opiekuna)**………………………………………………**PESEL matki(opiekuna**)……………………………

**Ocena higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek**…………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Data i miejsce urodzenia**…………………………………………………………………………………………………………………….

**Rozpoznanie neonatologiczne**…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Masa urodzeniowa**…………………………………**Masa ciała w dniu wypisu**…………….. **długość ciała**………………

**obwód głowy**…………………………….**obwód klatki piersiowej**…………………………………………………………………..

**Skala Apgar**……………………………………………. **obecność żółtaczki(poziom bilirubiny)**……………………………..

**Wady wrodzone i urazy okołoporodowe**……………………………………………………………………………………………

**Sposób karmienia w szpitalu**………………………………………………………………………………………………………………

**Leki i zabiegi stosowne w szpitalu**………………………………………………………………………………………………………

**Szczepienia: BCG**…………………………………….**WZW**…………………………….**Inne**…………………………………………….

**Data wypisu ze szpitala**………………………………………**Data zgłoszenia położnej**………………………………………..

**Data I wizyty położnej rodzinnej**................................**Lekarz pediatra**.....................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Gromadzenie danych** | **Daty wizyt patronażowych** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Temperatura ciała** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Masa ciała** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Czynność serca** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Czynność oddechowa** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Oddawanie stolca** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Oddawanie moczu** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Odruchy noworodkowe** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena zachowania dziecka** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena zabarwienia i stanu skóry** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ocena karmienia** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ulewanie pokarmu, wymioty** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Oczy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nos** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Jama ustna** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Higiena ciała** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Stan kikuta pępowiny** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gruczoły sutkowe** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pośladki**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kolki jelitowe** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podawane leki witaminy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inne problemy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podpis matki** |  |  |  |  |  |  |  |

 **Podpis położnej**

**Nazwisko i imię pacjentki …………………………………………………………………… PESEL…………………………………………………………………………………………………..**

**Proces pielęgnowania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie** | **Plan opieki** | **Realizacja** | **Ocena** | **Podpis położnej** |
|  |  |  |  |  |  |

**KARTA EDUKACJI ZDROWOTNEJ POŁOŻNICY**

**Imię i nazwisko pacjentki**…………………………………………………………**Pesel**…………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tematy**  | **Data** | **Uwagi** | **Podpis położnicy** | **Podpis położnej** |
| Higiena i tryb życia w połogu. |  |  |  |  |
| Odżywianie matki karmiącej. |  |  |  |  |
| Rozwiązywanie i zapobieganie problemom związanym z laktacją. |  |  |  |  |
| Przenikanie alkoholu do mleka matki i jego wpływ na rozwój dziecka. |  |  |  |  |
| Wpływ palenia tytoniu na zdrowie. |  |  |  |  |
| Powrót płodności po porodzie, metoda LAM. |  |  |  |  |
| Metody planowania rodziny. |  |  |  |  |
| Profilaktyka raka piersi i raka szyjki macicy. |  |  |  |  |
| Pielęgnacja krocza/rany pooperacyjnej. |  |  |  |  |
| Nauka samobadania piersi. |  |  |  |  |
| Informacja o kontroli u lekarza ginekologa po 8 tygodniach. |  |  |  |  |
| Ćwiczenia połogowe (m.in. ćwiczenia mięśni dna miednicy). |  |  |  |  |
| Mechanizm laktacji i technika karmienia piersią. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tematy**  | **Data** | **Uwagi** | **Podpis położnicy** | **Podpis położnej** |
| Omówienie stanów przejściowych u noworodka. |  |  |  |  |
| Szczepienia ochronne noworodka i niemowlęcia – obowiązkowe i zalecane. |  |  |  |  |
| Informacja o obowiązku szczepienia dziecka po 6 tygodniu życia. |  |  |  |  |
| Pielęgnacja noworodka (kąpiel, przewijanie, noszenie, układanie). |  |  |  |  |
| Zasady udzielania pierwszej pomocy noworodkowi i niemowlęciu. |  |  |  |  |
| Żywienie noworodków i niemowląt w 1 roku życia, zasady rozszerzania diety dziecka.  |  |  |  |  |
| Pielęgnacja kikuta pępowinowego – instruktaż. |  |  |  |  |

**Pieczątka zakładu Kod NFZ……………….**

  **Karta opieki nad pacjentką ginekologiczną**

***Prowadzona przez położną rodzinną/POZ***

**Nazwisko i imię**………………………………………………………………………..**Pesel**………………………………………………………………….

**Adres zamieszkania**………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stan cywilny**: **zamężna Tak/Nie**………………………….. **Rodzaj wykonywanej pracy**………………………………………………..

**Warunki socjalno – bytowe**…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Przebyte choroby**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Operacje i zabiegi**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Aktualne choroby**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stosowane leki**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Choroby w rodzinie**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Używki:** **papierosy (ilość**)……………………………**Alkohol**……………………………………**Inne**……………………………………………………

***Wywiad położniczy***

**Liczba ciąż**……………..**porodów o czasie**………………..**przedwczesnych**……………….**poronień…**………………………………………

**Przebieg przebytych ciąż, poronień**………………………………………………………………………………………………………………………..

**Przebieg porodów**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Wywiad ginekologiczny***

**Data pierwszej miesiączki**……………………………………**Data ostatniej miesiączki**…………………………………………………………

**Miesiączka**: co ile dni……………………..długość trwania………………………….obfitość…………………………………………………….

**Objawy towarzyszące** (jakie i kiedy?)…………………………………………………………………………………………………………………….

**Krwawienia/plamienia międzymiesiączkowe** (kiedy?)…………………………………………………………………………………………..

**Upławy:** tak/nie Obfitość………………………….Kolor……………………………Zapach………………………………………………………….

**Inne objawy**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Stosowana antykoncepcja**………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stosowana HTZ**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Data ostatniego badania cytologicznego**………………………………………………………………………………………………………………...

**Data ostatniego badania piersi**………………………………………………………………………………………………………………………………..

 **Podpis położnej**

**Nazwisko i imię pacjentki …………………………………………………………………… PESEL…………………………………………………………………………………………………..**

**Proces pielęgnowania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie** | **Plan opieki** | **Realizacja** | **Ocena** | **Podpis położnej** |
|  |  |  |  |  |  |

**Pieczątka zakładu Kod NFZ…………..**

 **KARTA OPIEKI NAD KOBIETĄ W RÓŻNYCH OKRESACH ŻYCIA**

 ***Prowadzona przez położną rodzinną/POZ***

**Nazwisko i imię**…………………………………………………………………………**Pesel…**……………………………………………………………….

**Adres zamieszkania**………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stan cywilny**………………………………………………. **Rodzaj wykonywanej pracy**……………………………………………………..

**Warunki socjalno – bytowe**…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Przebyte choroby**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Operacje i zabiegi**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Aktualne choroby**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stosowane leki**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Choroby w rodzinie**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Używki:** papierosy(ilość)……………………………Alkohol………………………………………Inne…………………………………………………

***Wywiad położniczy***

**Liczba ciąż**……………..**porodów o czasie**………………..**przedwczesnych**……………….**poronień…**……………………………………..

**Przebieg przebytych ciąż, poronień**………………………………………………………………………………………………………………………..

**Przebieg i rodzaj porodów**………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Wywiad ginekologiczny***

**Data pierwszej miesiączki**……………………………………**Data ostatniej miesiączki**…………………………………………………………

**Miesiączka**: co ile dni……………………..długość trwania………………………….obfitość……………………………………………………..

**Objawy towarzyszące** (jakie i kiedy?)……………………………………………………………………………………………………………………..

**Krwawienia/plamienia międzymiesiączkowe** (kiedy?)…………………………………………………………………………………………..

**Upławy:** tak/nie Obfitość………………………….Kolor……………………………Zapach………………………………………………………….

**Inne objawy**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stosowana antykoncepcja**……………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Stosowana HTZ**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Data ostatniego badania cytologicznego**………………………………………………………………………………………………………………..

**Data ostatniego badania piersi**……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Przyczyna wizyty:**

**Nazwisko i imię pacjentki …………………………………………………………………… PESEL…………………………………………………………………………………………………..**

**Proces pielęgnowania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie** | **Plan opieki** | **Realizacja** | **Ocena** | **Podpis położnej** |
|  |  |  |  |  |  |