|  |  |
| --- | --- |
| **Odtlačok pečiatky****zdravotníckeho zariadenia:** | **Klinika/Oddelenie:** |
| **ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM****pre pôrodnícke pracoviská** |
| **Meno, priezvisko, titul pacientky:** .................................................................................................................**Rodné číslo:** ........................................................ |

VZOR

**Príloha č. 11**

|  |
| --- |
| **Gravidita:** ..............  **Para:** ..............**Dôvod prijatia:** □ kontrakčná činnosť □ odtok plodovej vody □ krvácanie z rodidiel  □ indukcia pôrodu □ nepriaznivý vaginálny nález **Komplikácie v tehotenstve:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| **Vstupný záznam posúdenia zdravotného stavu pacientky vykonaný pôrodnou asistentkou** |
| **Prenatálna starostlivosť:** □ áno □ nie **PFP na pôrod:** □ áno □ nie **Poloha plodu:** □ pozdĺžna, hlavičkou □ KP □ šikmá □ priečna**Postavenie plodu:** □ I – ľavé □ II – pravé **Pohyby plodu:** □ cíti □ necíti/dátum a čas: ...................................................................................... hod. **Vstupný CTG záznam:** □ nie □ áno, čas natočenia: .......................................................................... hod.**Výtok z rodidiel:** □ nie □ áno, vzhľad: ............................................................................................ **Krvácanie z rodidiel:** □ nie □ áno, koľký deň: ....................................................................................... **Plodová voda:** □ neodteká □ odteká/dátum, čas, vzhľad, množstvo: ....................................................................................................................................................................................................................... |
| **Vedomie:** □ orientovaná □ dezorientovanáIné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Cirkulácia:** TK: ............... mmHg TT: ................ 0C P: ............. **/**min.problém □ **nie** □ **áno** □ závraty □ kolapsy Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Dýchanie:** D: ............ /min. problém □ **nie** □ **áno** □ dyspnoe □ kašeľ Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Výživa:**  diéta: č.: .............problém □ **nie** □ **áno** □ nechutenstvo □ pálenie záhy □ nauzea□ vracanie □ parenterálna výživa  □ i.v. prístup/dátum zavedenia: ..................................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Vylučovanie:**  **Defekácia:** problém □ **nie** □ **áno** □ hnačka □ zápcha Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Močenie:** problém □ **nie** □ **áno** □ pálenie □ rezanie □ dyzúria □ retencia  □ PK/dátum zavedenia: ..................................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Nález na DK:** problém □ **nie** □ **áno** □ opuchy □ varixy Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Mobilita:** □ **1** plná mobilita □ **2** mobilita mierne obmedzená □ **3** mobilita veľmi obmedzená  □ **4** imobilita □ Trendelenburgova poloha □ LTV – PFP  □ kompenzačné pomôcky, aké: ...................................................................................................  |
| **Komunikácia:**problém □ **nie** □ **áno** □ poruchy reči □ nemožná Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |

|  |
| --- |
| **Ďalšie zistenia pri prijatí pacientky na oddelenie rizikovej gravidity a oddelenie šestonedelia** |
| **Spánok:** problém □ **nie** □ **áno** □ ťažkosti pri zaspávaní  |
| **Zmeny na koži:** problém □ **nie** □ **áno** □ svrbenie □ opuch □ zápal □ hematóm □ ikterus  □ lokalizácia: ...............................................................................................................................  □ veľkosť defektu: ............ cm |
| **Bolesť:** □ nie □ áno  □ lokalizácia: ...............................................................................................................................  □ charakter: ................................................................................................................................ |
| **Zmeny v zmysloch – zrak/sluch/reč:** □ nie □ áno, aké: ...............................................................................**Kompenzačné pomôcky:** □ okuliare □ šošovky □ načúvací aparát |
| **Iné zistenia – špecifikuj** (psychické potreby – problémy, známky násilia, zlá sociálna situácia):................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| **Pacientka je poučená o:**právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientok domácom poriadkuúschove peňazí/cennosti zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog**Pacientka pri prijatí odovzdala:** .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum:** .................................. **Podpis pacientky:** ................................................................................. |
| **Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:** ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum a čas:** ................................. **Čitateľný podpis pôrodnej asistentky:** ................................................ |