VZOR **Príloha č. 12**

|  |  |
| --- | --- |
| **Odtlačok pečiatky****zdravotníckeho zariadenia:** | **Klinika/Oddelenie:** |
| **ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM****pre neonatologické pracoviská** |
| **Meno, priezvisko dieťaťa:** .................................................................... **Pohlavie:** .......................................**Gestačný týždeň:** .................................. **Dátum a čas narodenia:** ................................................................**Rodné číslo:** ..................................................**Pôrodná hmotnosť:** ............... **g Dĺžka:** ........ **cm Obvod hlavy:** ........ **cm Obvod hrudníka:** ......... **cm****Meno matky:** .......................................................................... **Rodné číslo:** ..................................................**Trvalý/prechodný pobyt:** ................................................................................................................................. |
| **Dátum a čas prijatia:** ........................................................................................................................................**Súčasná hmotnosť:** ............... **g Dĺžka:** ......... **cm Obvod hlavy:** ........ **cm Obvod hrudníka:** ......... **cm** |
| **Riziko/choroby z rodinnej/sociálnej anamnézy:** □ áno, aké: ........................................................... □ nie **Riziko/choroby z terajšieho tehotenstva:** □ áno, aké: ...................................................................... □ nie **Riziko/choroby súvisiace s pôrodom:** □ áno, aké: ............................................................................ □ nie **Alergie:** □ áno, aké: ............................................................................................................................. □ nie  |
| **Popôrodná adaptácia:** □ dobrá □ narušená □ závažné komplikácie, aké: ................................................. .............................................................................................................................................................................**Preklad na JISN/JRSN/JVSN:** □ áno □ nie **Apgarovej skóre:** .......... / .......... / ..........  |
| **Monitorovanie novorodenca v pôrodnej sále:****Čas** .......... .......... .......... ..........**PD** ........... .......... .......... ..........**PP** ........... .......... .......... ..........**SA** ........... .......... .......... ..........**PK** ........... .......... .......... ..........**TT** ........... .......... .......... ..........**Akrá** ........... .......... .......... ..........**Pupok** ........ .......... .......... .......... | **Stolica:** □ áno □ nie **Moč:** □ áno □ nie**Pupočník:** □ svorka □ iné: ............................................**Kredeizácia:** ........................... **Kanavit:** ........................**Priloženie k prsníku:** □ áno □ nie: ................................**Informácie matke:** □ podané□ nepodané: ....................................**Pôrodné poranenia:** .........................................................🡺ošetrovanie: ....................................................................**Zistené anomálie:** ............................................................. |

|  |
| --- |
| **Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu novorodenca** |
| **Dýchanie:** PD: ............ /min. problém □ **nie** □ **áno** □ nepravidelné □ apnoické pauzy □ dyspnoe □ grunting □ SA ...................  □ podporné/riadené, aké: .................. □ oxygenoterapia ............ /spôsob: ................................ Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Hlienenie:** □ nie □ áno, z HDC/DDC **Charakter a množstvo odsávaných hlienov:** ...................................................................................................**Zistené anomálie:** ............................................................................................................................................... |
| **Cirkulácia:** PP: .......... /min. □ nepravidelný TK: .................... mmHg PK: .....................problém □ **nie** □ **áno, aký:** ....................................................................................................................... Farba kože: □ ružová □ bledá □ mramorovitá  □ cyanóza 🡺 akrálna/centrálna □ vznik cyanózy pri: ..............................................................Iné zistenia: .........................................................................................................................................................  |
| **Hydratácia:** **Turgor:** problém □ **nie** □ **áno** □ znížený  |

|  |
| --- |
| **Stav slizníc:**problém □ **nie** □ **áno, aké:** .......................................................................................................................**Edémy:** problém □ **nie** □ **áno, lokalizácia:** ........................................................................................................... |
| **Telesná teplota:** TT: ............0C □ miesto merania: .................................... □ teplota prostredia: .............0C**Akrá:** problém □ **nie** □ **áno** □ teplé □ chladné □ sub/cyanotické **Novorodenec je:** □ termostabilný □ termolabilný**Lôžko:** □ postieľka □ elektrická poduška □ termolôžko □ inkubátor**Oblečenie:** □ čiapka □ košieľka □ dupačky □ ponožky □ perinka □ fleesová deka □ kožušina  |
| **Výživa:** □ sací reflex +/- □ prehĺtací reflex +/-  **Novorodenec je:** □ dojčený 🡺 **Prsník:** □ chytí si □ saje □ nesaje □ nechytí si Iné zistenia: ......................................................................................................................................................... □ dokrmovaný □ kŕmený náhradnou výživou: ............................................................................  □ kŕmený sondou/dátum zavedenia: .............................................. □ dávka: .............. ml  □ frekvencia: .......................... □ nekŕmený/od: .............................................. Iný spôsob výživy, aký: ................................................................................................................................... **Tolerancia výživy:**□ toleruje □ odgrckáva □ zvracia **Reziduá:** □ množstvo: ........................... ml □ charakter: ........................................................................... **Pije:** □ dobre □ s nechuťou □ vypľúva **Zistené anomálie:** ............................................................................................................................................... |
| **Vylučovanie:** **Močenie:** problém □ **nie** □ **áno** □ prvé močenie: ................ hod. po pôrode Iné zistenia: .........................................................................................................................................................**Stolica:** problém □ **nie** □ **áno** □ prvý odchod smolky: ............... hod. po pôrodeIné zistenia: .........................................................................................................................................................**Brucho:** problém □ **nie** □ **áno** □ napäté □ meteoristické □ viditeľné črevné kľučky □ člnkovité**Zistené anomálie:** .............................................................................................................................................. |
| **Krvácavé prejavy:** problém □ **nie** □ **áno**, krváca z: ................................................................................................................ Iné zistenia: ......................................................................................................................................................... |
| **Riziko infekcie:** □ nie □ áno**Poruchy TT:** □ nie □ áno: ................................................................................................................................**Poruchy správania sa novorodenca:** □ nie □ áno: .......................................................................................**Infekčné zmeny na koži:** □ nie □ áno: ...........................................................................................................**Infekčné zmeny na slizniciach:** □ nie □ áno: ................................................................................................**Sekrécia z:** □ očí (P/Ľ) □ uší (P/Ľ) □ nosa **Sliznica dutiny ústnej:** □ čistá Iné zistenia: .........................................................................................................................................................**Cievne prístupy:** □ nie □ áno **Periférna véna:** č. 1 .................. deň č. 2 .................. deň  **lokalizácia:** č. 1 .................................. č. 2 .................................... **UVC:** .................. deň **UAC:** .................. deň  **hĺbka zavedenia:** UVC: .................... cm UAC: ..................... cm **Iné:**...................................../............... deň  **lokalizácia:** .............................. **hĺbka zavedenia:**............... cm  |
| **CNS:** **Vedomie:** □ primerané **Tonus:** problém □ **nie** □ **áno** □ hypertonus □ hypotonus□ zášklby/tremor □ kŕče Iné zistenia: .........................................................................................................................................................**Pohyblivosť:** problém □ **nie** □ **áno** □ 🡹 □ 🡻 □ lokálna zmena: ..............................................................................Zistené anomálie:................................................................................................................................................  |

|  |
| --- |
| **Vnímanie bolesti:****Bolesť:** □ nie □ áno □ nedá sa posúdiť: ................................................................................................. **Prejavy bolesti:** □ ubolený hlas □ plač: .......................... □ výraz tváre: .....................................................□ zmeny fyziologických funkcií: ........................................................................................................................Iné zistenia: ......................................................................................................................................................... □ nefarmakologická analgézia, aká: ...................................................................................................................□ faktory zmierňujúce bolesť: .................................... □ faktory zhoršujúce bolesť: ....................................... |
| **Koža:** problém □ **nie** □ **áno** □ suchá □ ošupujúca sa □ sub/ikterická □ dedičný kolorit Patologický nález/iné zistenia: ............................................................................................................................  🡺 ošetrovanie: .....................................................................................................**Porušená celistvosť kože:** □ nie □ áno, lokalizácia: .....................................................................................  🡺 ošetrovanie: .....................................................................................................**Zmeny na koži:** □ hematóm □ rana □ dekubit  □ lokalizácia: ..................................................................................................................... □ veľkosť defektu: .................. cm**Pupočný pahýľ:** □ ligácia/čím: ...................................................................................... □ krvácanie +/- Iné zistenia: ......................................................................................................................................................... |
| **Matka:** □ prítomná pri dieťati □ neprítomná □ navštevuje dieťa □ telefonicky sa informuje  □ nezaujíma sa □ spolupracuje □ nespolupracujeIné zistenia: ......................................................................................................................................................... **Starostlivosť o novorodenca:** □ realizuje sama/s pomocou □ zatiaľ nerealizuje**Matka je poučená a ovláda:** □ techniky dojčenia □ hygienickú starostlivosť o dieťaIné zistenia: ......................................................................................................................................................... **Nedostatočnosť starostlivosti o novorodenca v oblasti:** □ výživy □ hygieny □ vyprázdňovania  □ obliekania Iné zistenia: .........................................................................................................................................................  |
| **Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:** .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum a čas posúdenia novorodenca:** .......................... **Čitateľný podpis sestry:** ...................................... |