

A FÖLDÖN A BÉKE A SZÜLETÉSSEL KEZDŐDIK

Szülés utáni dokumentációk

ÉLETFA
BÁBAPRAXIS



Itt találjátok azokat a dokumentációkat, amik amúgy a kormányrendelet mellékletei és bármelyik Szolgáltatóval szüljete is, ezek a szülést követően az első 3 napban kitöltésre kerülnek. Az alábbi dokumentumok csak a tájékoztatást szolgálják. Ne nyomtasd ki!





Összefoglaló adatlap intézeten kívüli szülésről

Szolgáltató neve: Életfa Bábapraxis Nonprofit Kft.

Címe: 2132 Göd, Áldás utca 2/b.

Felelős személy neve: **Lukács Judit** Nyivántartási sz: **97789**

Szülési napló sorszáma: Orvosi pecsét sz:

Anya adatai:

Név: Születési név:.....

Születési hely, idő: Anyja neve: A szülés

helye (pontos cím):

Lakóhely/tartózkodási hely(ha más):.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

A szülés időpontja (év, hó, nap, óra, perc):

Az intézeten kívüli szülészeti ellátás kezdete (év, hó, nap, óra, perc):

I. Szülészeti anamnézis:

II. A szülészeti ellátás során megállapított diagnózisok:

III. Elvégzett beavatkozások:

IV. A szülés lefolyásának összefoglalása:

V. Az újszülött adatai: életviszonya (élő, halott):

neve: neme:fiú/lány

:

testsúlya:..... testhossza:..... fejkörfogata:.....Apgar:1'.....5'.....10'...

VI. Anyai vércsoport, Rh:

Anti-D vizsgálatra vérminta elküldésének időpontja: Anti-D beadásának időpontja:.....

VII. Az anya egészségi állapota a szülést követő 72 óra elteltével:

Általános egészségi állapot jellemzők:

Uterus állapota: Vérzés jellemzői:

Laktációs folyamat jellemzői: Pszichés állapot jellemzői:

I. További ápolási, ellátási javaslat, alkalmazandó módszerek: étrendi, életmódbeli, szoptatási

tanácsokkal ellátva - szükség esetén telefonos konzultáció biztosítása.

Egyéb megállapítás:

Dátum: év hó nap

.....

Felelős személy aláírása

P. H.



Vizsgálati lap intézeten kívül született újszülöttről (kitöltendő 2 példányban)

Szolgáltató neve: **Életfa Bábapraxis Nonprofit Kft.**

Címe: 2132 Göd, Áldás utca 2/b.

Felelős személy neve: **Lukács Judit**

Újszülött adatai

Családi név: utónév:

Nem:.....

Születés helye (pontos cím):.....

Születés időpontja: év hó nap óra perc

Anya adatai

Név:sz.n:

Születési hely, idő: Anyja neve:

Lakóhely/tartózkodási hely, amennyiben más, mint a szülés helyszíne:

Apa adatai

Név:

Születési hely, idő: Anyja neve:

Lakóhely/tartózkodási hely, amennyiben más, mint a szülés helyszíne:

I. Születési status vizsgálat

Születési súly:.....g Születési hossz:cm Fejkörfogat:cm

Apgar érték: 1 perces korban5 perces korban.....10 perces korban

A születés körülményei:

A légzés megindulása (a megfelelő rész aláhúzendő): azonnal felsírt – később perces korban sírt

fel spontán

éleszteni kellett (ennek módja:)

Köldökellátás módja:..... Szemellátás módja: K vitamin

profilaxis:.....

Egyéb egészségi állapotot befolyásoló, szülés közbeni vagy megszületés utáni történés:

A szülést követő 3 órán belül a csecsemő általános állapota:

Jó általános állapot, éber, sír, szopik, nézelődik

Egyéb:

Székhely: 2132 Göd, Áldás u. 2/B

Tel.: 0630-2308190

.....
Felelős személy aláírása

II. 24 órán belüli gyermekgyógyászati status vizsgálat

Vizsgálatot végző gyermekgyógyász neve:.....

A vizsgálat ideje:év.....hó napóraperc

Csecsemő súlya:g

Általános állapot:

Tónus – turgor:.....

Bőr:

Koponya, kutacsok:.....

.....

Szájüreg:.....

Szem:.....fül:Orr:.....

Tüdők fizikalis lelete: légzésszám: /min

Szív fizikalis lelete: pulzusszám: /min

a) femoralis.....

Has:

Köldök: Genitaliák:.....

Mozgásszervek:

Idegrendszer:

Testnyílások átjárhatósága: orr: nyelvcső: anusnyílás:.....

Vizeletürítés:..... Meconiumürítés:

Táplálás:

Születési sérülés:

Észlelhető, látható fejlődési rendellenesség (minor, major):

K vitamin profilaxis: Anyai vércsoport, Rh:

Anti-D ellenanyag vizsgálatra vérminta elküldve:

Diagnózis/ok: Elvégzett beavatkozás:

Terápiás javaslatok:

Egyéb megállapítás:

.....

Gyermekgyógyász aláírása

P. H.

III. Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok 0–4 napos életkorban

Vizsgálatot végző gyermekgyógyász neve:.....

a) Teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére megtörténtév.....hó.....nap, eredménye:.....

b) Testtömeg, testhossz, fejkörfogat mérése és a hazai standardok szerinti értékelése megtörténtév.....hó.....nap, eredménye:.....

c) Ideggyógyászati vizsgálat megtörténtév.....hó.....nap, eredménye:.....

d) Csípőficam szűrése megtörténtév.....hó.....nap, eredménye:.....

e) Érzékszervek működésének vizsgálata (hallás, látás) megtörténtév.....hó.....nap, eredménye:.....

PKU levéve: Az újszülött 3.napos súlya:

A fentiek a gyermekegészségügyi könyvben dokumentálásra kerültek. BCG oltásról, hallásvizsgálatról a tájékoztatás megtörtént.

A dokumentum lezárva: év hó nap

.....
Felelős személy aláírása



Igazolás intézeten kívüli születésről

Lukács Judit felelős személy igazolom,

hogy-nek

(szülő nő neve, születési neve), anyja neve:.....

aki lakik:

.....

.

.....év.....hó.....nap.....óra.....perckor,

..... (a születés helyszíne)

..... (családi és utónév)

nevű, élő, leány/fiú* gyermeke született.

Továbbá igazolom, hogy fent nevezett legalább 4 alkalommal megjelent várandósgondozáson.

Kelt:év..... hó..... nap

.....

...
aláírás
P. H.

Működési nyilvántartási szám**:

Orvosi pecsétszám**:

Szolgáltató Működési Engedély száma: IF
22426-2/2014 * A megfelelő rész aláhúzendő.

** Csak orvos felelős személy esetén töltendő ki.



Töltsd le a többi füzetünket is, hogy tájékozódni tudj!

Vannak kérdéseid?



KERESS MINKET BÁTRAN



KÖSZÖNJÜK!