

.....  
pieczętka zakładu z identyfikatorem  
jednostki organizacyjnej zakładu

.....  
identyfikator pacjenta

## KARTA WIZYTY PATRONAŻOWEJ U NOWORODKA

Data zgłoszenia pierwszej wizyty ..... Oddział NFZ .....  
48 godz. po opuszczeniu szpitala TAK / NIE\* ..... (jeśli termin powyżej 48 godz. podać datę wypisu)  
Nazwisko i imię .....  
Miejsce urodzenia ..... Data urodzenia .....  
Nazwisko i imię matki / opiekuna .....  
Adres ..... PESEL matki / opiekuna (w razie braku numeru PESEL - seria  
i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)  
Telefon kontaktowy .....

Ciąża ..... Poród ..... Grupa krwi ..... Obwód głowy .....  
Masa ciała ..... Długość ..... Skala Apgar ..... Obwód klatki piersiowej .....

### Testy (pobrano\*, data):

Hipotyreoza: TAK / NIE\* ..... Fenylketonuria: TAK / NIE\* ..... Mukowiscydoza: TAK / NIE\* .....  
Szczepienia (data): WZW: ..... BCG: .....  
Bilans noworodka (data wpisu): ..... Prawidłowy: TAK / NIE\* .....  
Nieprawidłowy - grupa dyspenseryjna .....

Uwagi (otoczenie dziecka, istotne informacje o stanie zdrowia i okresie adaptacyjnym, nałogi matki / opiekuna) .....

.....  
Rezygnacja z wizyty / wizyt patronażowych potwierdzona  
podpisem opiekuna .....

\* zaznaczyć właściwe  
\*\* czytelny podpis i/lub pieczętka i podpis

.....  
data i podpis położnej\*\*

[Krt\_wiz\_patr\_noworod]

Nazwisko i imię ..... Data urodzenia .....

		Data realizacji	Data realizacji	Data realizacji	Data realizacji	Postępowanie / Uwagi	Data realizacji	Data realizacji	Data realizacji	Data realizacji
Ocena stanu skóry*	1. Czysta / prawidłowa					1. Edukacja dotycząca właściwej pielęgnacji				
	2. Odparzona					2. Kąpiel noworodka				
	3. Zażółcona					3. Informacja o zachowaniu właściwej wilgotności i temperatury otoczenia				
	4. Zmiany skórne .....					4. Inne .....				
	5. Ciemieniucha .....									
	6. Znamiona .....									
	7. Inne zmiany .....									
Ocena - oczy / spojówki*	1. Bez zmian					1. Pielęgnacja oczu				
	2. Łzawienie					2. Inne .....				
	3. Wydzielina ropna					3. Zastosowane środki				
	4. Obrzęk .....					.....				
	5. Inne zmiany .....									
Ocena - jama ustna*	1. Czysta					1. Toaleta jamy ustnej				
	2. Pieśniawki .....					2. Edukacja dotycząca właściwej pielęgnacji				
	3. Inne zmiany .....					3. Inne .....				
	4. ....					4. Zastosowane środki				
Ocena - gruczoły sutkowe*	1. Bez zmian									
	2. Nieznaczny obrzęk									
	3. Obrzęk, zaczerwienienie									
	4. Wydzielina									
Ocena - pępek*	1. Kikut zachowany suchy					1. Pielęgnacja pępka				
	2. Kikut zachowany wilgotny					2. Opatrzanie kikuta				
	3. Ropiejący .....					3. Edukacja dotycząca właściwej pielęgnacji				
	4. Dno i pierścień pępka suche					4. Zastosowane środki				

\* zaznaczyć właściwe

\*\* czytelny podpis i/lub pieczęć i podpis

Nazwisko i imię ..... Data .....

	5. Dno pępka wilgotne					
	6. Dno pępka ziarninujące					
	7. Pępek wygojony					
	8. Przepuklina pępkowa					
Stawy biodrowe						1. Informacja o kontroli w poradni preluksacyjnej
Ocena karmienia*	1. Naturalne .....					1. Edukacja dotycząca karmienia
	2. Mieszane .....					2. Technika karmienia piersią - ocena i wskazania
	3. Sztuczne .....					.....
	4. Pojenie .....					
Ocena - wypróżnienie (stolce)*	1. Prawidłowe					1. Edukacja dotycząca właściwej pielęgnacji
	2. Płynne					2. Inne .....
	3. Półpłynne					
	4. Tryskające					
	5. Śluzowe					
	6. Zaparcia					
Ocena - stan ogólny dziecka*	1. Spokojne					1. Pokaz i edukacja dotycząca pielęgnacji
	2. Niepokojne					2. Zachowanie właściwej temperatury otoczenia dziecka
	3. Płaczliwe					3. Prawidłowe ułożenie dziecka
	4. Inne .....					4. Inne .....
Uwagi:						
podpis matki / opiekuna						
podpis położnej**						

Poinformowano matkę / opiekuna o konieczności zgłaszania szczepień ochronnych TAK / NIE

data i podpis matki / opiekuna .....

\* zaznaczyć właściwe

\*\* czytelny podpis i/lub pieczęć i podpis