

.....
pieczęta zakładu z identyfikatorem
jednostki organizacyjnej zakładu

.....
identyfikator pacjenta

KARTA WIZYTY PATRONAŻOWEJ I OPIEKI NAD POŁOŻNICĄ

Nazwisko i imię Data urodzenia

Adres PESEL

..... Oddział NFZ

Telefon kontaktowy Dowód ubezpieczenia

Ciąża Poród Data porodu

Przebieg porodu*: Siłami natury / Vacuum E / Kleszcze / Pomoc ręczna / Cięcie cesarskie

Płeć dziecka*: K / M Imię i nazwisko dziecka

RR..... Temperatura

Warunki lokalowe: Liczba zajmowanych pomieszczeń

Liczba zamieszkałych osób Mieszkanie*: suche / wilgotne / czyste / zaniedbane

Uwagi (dostęp do wody, łazienka, wc, ogrzewanie, korzystanie z pomocy społecznej, inne)

.....

.....

.....

* zaznaczyć właściwe

** czytelny podpis i/lub pieczęta i podpis

[Krt_wiz_patr_1_łoż]

.....
data i podpis położnej**

Nazwisko i imię Data urodzenia i/lub numer PESEL

		Data realizacji	Data realizacji	Postępowanie / uwagi	Data realizacji	Data realizacji
Ocena stanu psychicznego i emocjonalnego*	1. Spokojna			1.		
	2. Zmęczona					
	3. Niepokojna					
	4. Obniżony nastrój					
	5. Inne					
Laktacja*	1. Prawidłowa / wystarczająca ilość pokarmu			1. Instruktaż karmienia		
	2. Niewystarczająca ilość pokarmu			2. Opróżnianie sutków		
	3. Brak pokarmu			3. Edukacja		
	4. Wzmózona laktacja			4. Zasady odżywiania		
				5. Stosowanie leków		
				6. Inne		
Ocena piersi*	1. Bez zmian patologicznych			1. Masaż		
	2. Obrzmiałe / bolesne			2. Kompres		
	3. Stan zapalny			3. Okład		
	4. Uszkodzenie brodawek sutkowych			4. Zastosowane środki		
	5. Brodawki - płaskie, trudno chwytne			5. Działania edukacyjne		
				6. Inne		
Ocena macicy*	1. Obkurczona			1. Wysokość		
	2. Nieobkurczona			2. Uwagi		

Nazwisko i imię Data urodzenia i/lub numer PESEL

		Data realizacji	Data realizacji	Postępowanie
Ocena odchodów*	1. Krwiste			1. Edukacja - zasady
	2. Surowiczo - krwiste			2. Inne
	3. Śluzowe			
	4. Zanikająca			
	5. Brak			
	6. Ropne			
	7. Cuchnące			
Ocena rany krocz*	1. Wygojone			1. Zaopatrzenie rany
	2. W trakcie gojenia			2. Instruktaż - ćwiczenia w połogu
	3. Ziarninujące			
	4. Ropiejące			3. Instruktaż - ów. za nieprzyjęciu moc
	5. Krwaki			
	6. Obrzęk			4. Inne
	7. Bolesne bez widocznych zmian			
Ocena rany pooperacyjnej* (wypełniane w przypadki gdy pacjentka nie zostaje objęta opieką pooperacyjną)	1. Wygojone			1. Zaopatrzenie rany
	2. W trakcie gojenia			2. Instruktaż - ćwiczenia w połogu
	3. Ziarninujące			3. Inne
	4. Ropiejące			
	5. Krwaki			
	6. Obrzęk			
	7. Bolesne bez widocznych zmian			
Zdjęcie szwów*	1. W szpitalu 2. W poradni K 3. W domu			
Podpis pacjentki / położnicy				
Podpis położnej poz**				

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

Pacjentkę poinformowano o konieczności zgłoszenia się

..... data i podpis pacjentki