Купить Историю развития новорожденного (Форма 097/у)

Код формы по ОКУД ________________

Код учреждения по ОКПО ___________

Министерство здравоохранения
СССР

____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 097/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО N _______

	Мать	Отец	Ребенок
Группа крови			
Резус-принадлежность			

Фамилия, имя, отчество матери ____

____ Возраст ______________________________

Национальность ________________________ Профессия ____________________________________

Брак зарегистрирован: да, нет

Постоянное место жительства ____

	Число	Месяц	Год	Час.	Мин.
Родился					
Поступил					
Выписан					
Умер					
Переведен					
Куда					

Приемный журнал N _____________

Палата ребенка N ______________

Кровать ребенка N _____________

Палата матери N _______________

Кровать матери N ______________

Ребенок переведен в палату

____

кровать N ______________________

Дата перевода _________________

Наследственность со стороны матери ____

____________________________________ отца ____

____

Гинекологический и акушерский анамнез

Которая беременность ____________________ которые роды ______________________________

Заболевания, осложнения во время беременности _______________________________________

____

Роды: продолжительность I периода _________________ II периода _____________________

особенности течения, операции ____

Безводный промежуток ____ характеристика

околоплодных вод ____

Пол	Родился живой, мертвый	Доношенный, недоношенный	Масса (вес)	Рост	Окружность		Асфиксия	
					головы	груди	продолжит.	меры оживл.

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Время после рождения	Сердцебиение	Дыхание	Окраска кожи	Тонус мышц	Рефлексы	Оценка в баллах

Пороки развития ____

Родовые травмы ____

Профилактика гонобленореи (название медикамента, часы) ____________________

____

Дежурная акушерка ______________________ Дежурный врач ______________________

Ребенок переведен в отделение новорожденных _______________ 20 ___г.

_______________ час. _________ мин. дата перевода

Состояние ребенка при переводе из родзала ______________________________

______________________ цвет кожных покровов, характер крика ______________________

____

Ребенка сдала акушерка ____

Приняла и провела обработку мед. сестра ______________________________

Диагноз предварительный ____

____

____

____

____

____

Диагноз заключительный ____

____

____

____

____

____

____

____

____

Первый осмотр ребенка в палате (отделении) новорожденных детей

"____" ________________ 20 .. г. час. ______ мин. _______

дата осмотра

Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус)

____

____

Кожные покровы ____

____

Видимые слизистые ____

____

Пуповинный остаток ____

____

Головка (швы, роднички, родовая опухоль) ______________________________

____

Форма грудной клетки ____

Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при дыхательной недостаточности ____

____

Сердце (граница, наличие шумов, характер ритма) __________________________

______________________________ пульс ______________________

Нервная система ____

____

Органы брюшной полости

____

____

Отхождение мекония ____

Мочеиспускание ____

Наружные половые органы ____

Наличие ануса ____

Состояние тазобедренных ____

суставов ____

Заключение и предварительный диагноз ______________________________

____

Назначения и их обоснование ____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

Данные наблюдения медицинской сестры за новорожденными

Дата	День жизни	Температура	Масса (вес)	Изменение состояния				Активность сосат. рефлекса	Характер стула	Мочеиспускание	Время отпадения пуповины	Состояние пуповичной ранки	Подпись
				наличие приступов асфиксии	слизистая		кожных покровов						
					глаз	рта							
	1	у											
		в											
	2	у											
		в											
	3	у											
		в											
	4	у											
		в											
	5	у											
		в											
	6	у											
		в											
	7	у											
		в											

Противотуберкулезная вакцинация

Дата	День жизни	Доза	N серии вакцины	Срок годности	Реакция на прививку	Подпись

Реакция не проводилась (указать причину) ____

Вкладной лист к "Истории новорожденного N ..."
Фамилия, имя, отчество матери ______________________________
____

Вскармливание новорожденного
(учет в граммах)

Вид докорма ____

День / жизни / часы / кормления	1		2		3		4		5	
	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
Всего										

продолжение

День / жизни / часы / кормления	6		7		8		9		10	
	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм	грудное	докорм
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
Всего										

ДНЕВНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Дата	День жизни	Данные осмотра, обследования	Назначения

ДНЕВНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Дата	День жизни	Данные осмотра, обследования	Назначения

ДНЕВНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Дата	День жизни	Данные осмотра, обследования	Назначения

Эпикриз ____

____

____

____

____

Состояние ребенка при выписке (переводе) ______________________________________

____

____

Рекомендации участковому врачу ____

____

____

____

Передала ребенка ___________________________(подпись мед. сестры)

Дата Приняла ребенка ___________________________(подпись мед. сестры)

____

____

Справку о рождении ребенка получила _________________________________

(подпись матери)

Детская поликлиника N ____________________ о выписке ребенка извещена.

"_____" _____________________ ________ г.

Телефонограмму передала ___________________ Приняла _____________________