



FAKULTNÍ NEMOCNICE
BRNO

Porodopis

(Záznam o těhotenství, porodu, potratu, šestinedělí)



Razítko ústavu

poř. číslo

rok

rodné číslo

Příjmení <i>UVA</i>		roz.:		Jméno, adresa, telefon nejbližších příbuzných (průvodce, živitel)		
jméno <i>XUVAUD</i>		datum narození				
Bydliště okres				Pracovní neschopnost od do Číslo potvrzení		
Stát. obč.	Stav	Č. obč. průkazu	kým vydán			
Zaměstnavatel provoz				Vystavil Dr.		
pracuje jako:						
Přijata dne v hod. grav. para, jako rodička, těhotná, nedělka, s potratem						
Propuštěna (přeložena, zemřela) dne v hod. od. dg. (stat. zn.)						
CHOROBY k těhotenství přidružené						
TĚHOTENSTVÍ prav., neprav. (dg.)				BWR		Pro výkaz (značkování)
prenatální péče: kde od měs. těhot. celkem vyšetř.				Sk. krevní		
psychoprof. příprava (počet přednášek) tělocvik				RH ženy		
				RH muže		
				Isoim		
POROD včasný, předčasný, opožděný, samovolný, indukovaný, medikamentózní s analgezií, operativní POTRAT samovolný, indikovaný, jiný						
dne hod. v měsíci týdnu těhotenství						
odtok vody včasný, předčasný			Nepravidelnost (dg.)			
mechanismus			Léčení			
pánevní typ						
poranění (dg.)						
Šestinedělí (dg.)						
Převod krevní v těhotenství, při porodu, při potratu, v šestinedělí						
NOVOROZENEK (plod) hmotnost, délka, pohlaví, zralý, nezralý, vrozeně vadný, asfyk, mrtvý; zemřel v těhot. (v týdnu) při porodu (před. příj., po příj.), po porodu (do 24 hod., do 48 hod., do 10 dnů) Klinická příčina smrti (pítevní nález) Přeložen (dg., kdy, kam).						

ANAMNÉZA: rodinná

dat. sňatku
(otec dítěte)

choroby dětské a infekční

alergie:

choroby pozdější

transfuse:

choroby gynekologické

léky v grav.:

operace (úrazy)

kouření:

alkohol:

antikoncepce

poměry soc. a prac. zvl. v těhot.

Měsíčky od let, typ dní, prav., neprav., bolestivé

PŘEDCHOZÍ TĚHOTENSTVÍ (potraty, porody, šestinedělí, kojení, novorozenci)

NYNĚJŠÍ TĚHOTENSTVÍ (potíže, choroby)

Termín
porodu

posl. měs.

Hospitalizována

první poh.

PŘUBĚH PORODU PŘED PŘIJETÍM (vnitř. vyš. a výkony)

PŘÍTOMNÝ STAV: výška hmotnost před těhot. při přijetí přibyla

teplota tep tlak moč: B C H Ubg

Nálezy na srdci, plicích a ost. těle (otoky, měščky aj.)

Pacientka byla informována o možnosti
uložení genů v děloze.
Datum: Podpis:

PÁNEV: d. bisp. d. bicrist. d. bitroch. c. ext. c. diag. c. vera

VS			
	1	2	
SP		CTG	

ZEVNÍ A VNITŘNÍ VYŠETŘENÍ (rec., vag.) dne v hod. vyšetřil

ozvy plodu

POROD (POTRAT)	Trvání
I. porodní doba: začátek prav. stahů dne v hod., odtok plodové vody dne hod. vedení a nepravidelnosti	
II. porodní doba: branka rozevřena dne v hod., porod plodu dne hod. vedení a nepravidelnosti	Trvání
III. porodní doba: porod lůžka dne v hod., mechanismus vedení a nepravidelnosti	Trvání
lůžko: hmotnost, tvar, velikost, úplnost blány pupěčník	
	celkem

Menší operativní výkony

IV. (poporodní doba)

Ztráta krevní celkem (měřením, odhadem) ml.

Revize hrdla

Analgezie a anestezie

Zhodnocení bolestivosti porodu a chování rodičky

Porodní poranění (episiotomie)

ošetření

ošetřil

anestezie

NOVOROZENEK: tělesný vývoj (známky zralosti, nezralosti)

tělesný stav (asfyxie, poranění aj.)

kříslení

konfigurace a rozměry hlavy (aj. plod. část)

APGAR	0	1	2	Hodno. ent. as:		
Cítnost srdce:	žádná	pod 10 tepů za 1'	nad 100 tepů za 1'			
Dýchání:	žádné	pláč a nepr. v. l.	dobře, křik			
Tonus sval. sv.:	snížený	lehké sval. kř. a pohyb.	dobr. pohyb.			
Běrna:	mudrá bílá	tělo růžové kož. č. dobře	celé různé			
Reakce na podráždění:	žádná	křik	vl. křik			
			Čekání:			

kredence

ošetřila

porod vedl(a) lékař

porod. asist.

NÁLEZ PŘI PROPUŠTĚNÍ a návrh dalšího ošetření

Dne

.....
podpis a jmenovka lékaře

Kontroloval
datum, podpis a jmenovka lékaře

TEPLOTKA

Fakultní porodnice, Ol

Jméno:

Rod. číslo:

Pojišťovna:

Datum:		
Teplota:		
39 °C		
38 °C		
37 °C		
36 °C		
TK, P:		
Stolice:		
Záznam lékaře:		
Dieta:		
Ordinace:		
Záznam sestry:		

PORODNÍ KŘIVKA 1

PROT. JIMÉNO	LIST.	170	30	30	30	30	30
ROD. ČÍSLO	TP GRAV/PARA	150					
PŘIJATA	V HOD.	130					
PRVNÍ PRAVID. KONTRAKCE	TK, P, T	120					
KS Rh	ORDINACE LÉKÁRE	110					
POROD	KONTRAKCE	100					
VEDL:	POSTUP ROTACE	90					
PLOD O /	PRŮBĚH PORODU	80					
ŽIVÝ MRTVÝ	LEM	70					
PLACENTA	Z. B.						
KREVNÍ ZTRÁTA ml.	POROD PLACENTA						
PORANĚNÍ	ZAZNAM PORODNÍ ASISTENTKY						
1. DOBA HOD. MIN.							
2. DOBA HOD. MIN.							
3. DOBA HOD. MIN.							
CELKEM HOD. MIN.							

3 - 104 / 12 / 1

Porodnická knihka 2

ZÁZNAM PORODNÍ ASISTENTKY	PRŮBĚH PORODU LEM Z. B. POROD PLACENTA	OZVY PLODU						TK, P, T	ORDINACE LÉKÁŘE	KONTRAKCE	POSTUP ROTACE	Příjmení dítěte: Přiloženo k prsu čas Dítě na odd.: Aktuální ošetrovatelské problémy	Por. as.			
		170	150	130	120	110	100							90	80	70

Ošetrovatelská zpráva
při předání rodičky

Datum:
Čas:
Oddělení:
TK: PP: TT:
Krvácení:
Fundus děložní:
Vstávávala:
Močila:
Naposledy jedla:
pila:
Flexilia:
Psychický stav:
Příjmení dítěte:
Přiloženo k prsu
čas
Dítě na odd.:
Aktuální ošetrovatelské
problémy

Por. as.

Ošetřovatelská dokumentace – rodičky

Jméno / štítek/

Datum přijetí:

Pacientka – rodička byla informována, že za cennosti a mobil, které neuloží do trezoru na oddělení, personál neodpovídá. Je seznámena s právy pacienta, se zákazem nošení květin na oddělení.

Podpis pacientky.....

Vnímání zdraví:

příprava k porodu ano ne
příprava otce u porodu ano ne
plavání ano ne
alkohol v těhotenství ano ne

příprava ke kojení ano ne
cvičení v těhotenství ano ne
kouření v těhotenství ano ne
drogy ano ne

Výživa:

dieta
stravovací zvláštnosti

Sebepojetí:

strach
 úzkost
 klidná

Pohyblivost:

soběstačná
 částečně soběstačná
 nesoběstačná

Vyprazdňování :

močení: bez potíží
 dysurie
stolice: pravidelná
 zácpa
klyzma : **ano** **ne**

Vnímání kontrakcí :

lokalizace:
intenzita : žádná
 mírná
 silná
 nesnesitelná

Spánek :

spala ano ne
únava ano ne

Smyslové poruchy

porucha zraku : ano ne
porucha sluchu : ano ne
porucha řeči : ano ne

Jiné zjištěné informace:

Diagnozy : Dg. Bolest v souvislosti s porodem
Dg. Nedostatek informací
Dg. Nedostatečná nebo žádná spolupráce klientky
Dg. Porucha integrity tkáně z důvodu porodního poranění
Dg. Smutek z důvodu intrauterinního úmrtí plodu
Dg. Únava související s porodem
Dg. Riziko infekce z důvodu zavedení flexily

3-116/10/0

razítko a podpis porodní asistentky

Souhlas s hospitalizací

Jméno a příjmení pacienta: RČ.:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce¹

Klinika / oddělení:GPK – PS B

Seznámení provádějí zdravotnický pracovník:

Důvod hospitalizace:

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s důvodem hospitalizace a že s hospitalizací souhlasím.

Současně prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s organizačně provozními podmínkami hospitalizace stanovenými domácím řádem a ostatními předpisy FN Brno a zavazuji se je dodržovat, zejména:

- při ukládání osobních věcí se budu řídit výslovnými pokyny přijímajícího zdravotnického pracovníka;
- peníze a jiné cenné věci (např. šperky, mobilní telefon apod.) omezím jen na nejnutnější minimum. Beru na vědomí, že peníze nad 500,- Kč a ostatní cenné věci mohou předat prostřednictvím přijímajícího zdravotnického pracovníka proti potvrzení do úschovy;
- budu dodržovat přísný zákaz vnášení zbraní;
- budu dodržovat zákaz kouření.

Dále jsem byl(a) informován(a):

- o možnosti získat za úplaty po skončení hospitalizace „Hospitalizační účet pacienta“. O vystavení tohoto účtu za úplaty mohou požádat prostřednictvím ošetřujícího personálu. Po vyplnění formuláře „Žádost o hospitalizační účet“ obdržím tento doklad v termínu do dvou měsíců poštou na adresu bydliště;
- o možnosti vyplnit Dotazník spokojenosti. Tento dotazník je k dispozici na požádání u ošetřujícího personálu nebo v elektronické podobě na webových stránkách FN Brno. Po vyplnění dotazník vhodte do označené schránky;
- v případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta, jsem byl informován o základní škole a mateřské škole, které působí při FN Brno a umožňuje mému dítěti výuku v základních předmětech v návaznosti na učivo probírané v daném ročníku školy po dobu jeho hospitalizace.

V Brně dne:

podpis:
pacient (zákonný zástupce) zdravotnický pracovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Svědék:
jméno a příjmení podpis

¹ za nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce

Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu

podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a vyhlášky č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci

Jméno a příjmení pacienta: RČ.:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce¹

Klinika / oddělení: GPK, PS B

Zdravotnický pracovník, který záznam zpracoval:

Níže uvedeným osobám uděluji následující práva:

1)
jméno, příjmení
.....
adresa, tel. číslo

- právo obdržet informace o mém zdravotním stavu: ano ne
- v rozsahu: plném omezeném – uveďte:
- způsob poskytování informací – uveďte:
- právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace: ano ne
- pořízení kopie nebo výpisu z mé zdravotnické dokumentace: ano ne
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, pokud tak nebudu s ohledem na svůj zdravotní stav schopna (schopna) učinit sám (sama)² ano ne
(netýká se nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům)

¹ činí-li prohlášení zákonný zástupce² toto právo náleží v pořadí, v jakém pacient osoby uvedl

2)
jméno, příjmení
adresa, tel. číslo

- právo sdělit informace o mém zdravotním stavu: ano ne
- v rozsahu: plném omezeném – uveďte:
- způsob poskytování informací – uveďte:
(např. písemně, ústně, telefonicky, faxem, e-mallem, SMS)
- právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace: ano ne
- pořízení kopie nebo výpisu z mé zdravotnické dokumentace: ano ne
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, pokud tak nebudu s ohledem na svůj zdravotní stav schopen (schopna) učinit sám (sama)² ano ne
(netýká se nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům)

Beru na vědomí, že FN Brno je výukovým zdravotnickým zařízením a dávám tímto souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a prohlubujícím si kvalifikaci (např. studenti zdravotnických škol, lékařských fakult, stážující zdravotničtí pracovníci apod.), které jsou ze zákona vázány povinností mlčenlivosti ohledně všech skutečností, které se dozvěděly ze zdravotnické dokumentace.

Byl(a) jsem informován(a) i o vědecko-výzkumné povaze zdravotnického zařízení a beru na vědomí, že údaje z mé zdravotnické dokumentace mohou být statisticky (tj. bez jakýchkoli identifikačních údajů o mé osobě) zpracovávány k vědeckým účelům.

V Brně dne:

podpis:
pacient (zákonný zástupce) zdravotnický pracovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Svědék:
jméno a příjmení podpis

ZPLNOMOCNĚNÍ

Já níže podepsaná.....

Identifikační štítek matky

Zplnomocňuji sociální pracovníci FN Brno Jindřišku Pařílkovou vedenou v evidenci FN Brno pod osobním číslem 6830, k nahlédnutí do sbírky listin k zápisu narození mého dítěte:

Identifikační štítek dítěte

vedené u Úřadu městské části města Brna, Brno-střed a činit výpisy z ní za přítomnosti matrikáře dle ustan. § 25, odst. 1, písm.a), zákona č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

V Brně dne:

.....
podpis