

### V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU

1. Urodzeniowa masa ciała ..... g (zaznaczyć na siatce centylowej)
2. Długość ciała ..... cm
3. Obwód głowy ..... cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej ..... cm
5. Ocena wg skali Apgar:

Minuta życia:	1.	3.	5.	10.	(oddychlenia w badaniu):
Czynność serca					
Oddech					
Napicie mięśni					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
RAZEM pkt					

6. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:

- odsłuzowanie
- osuszenie
- zaopatrzenie pępowiny
- profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka
- podanie witaminy K
- podanie tlenu
- sztuczna wentylacja
- intubacja
- masaż serca
- cewnikowanie naczyń pępowinowych
7. Krew pępowinowa (tętnica, żyła): pH ..... BE ..... inne .....
8. Saturacja ..... %
9. Echo serca (gdy saturacja poniżej 96%) .....
10. Leki .....
11. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”: tak  nie
- Czas trwania ..... jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania: .....
12. Czy dziecko zaczęło ssać piersi: tak  nie

Data .....

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę .....

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
5. - 6. miesiąc życia	DTP - 3. dawka				
	Hib - 3. dawka				
	polio IPV - 2. dawka				
7. miesiąc życia	wzw B - 3. dawka				
13. - 14. miesiąc życia	odra, świnka, różyczka - 1. dawka				

## VI. OBSERWACJA NOWORODKA W SZPITALU

- Najniższa masa ciała ..... g w ..... dobie
- Karmienie: naturalne  sztuczne  mieszane  preparat .....
- Koordinacja procesu ssania – polykanie: zadowolająca  niezadowolająca   
 dziecko żywotne: tak  nie   
 rytm sen – czuwanie: prawidłowy  nieprawidłowy   
 adekwatne do sytuacji reakcje na:  
 dotyk: tak  nie   
 dźwięk: tak  nie   
 światło: tak  nie   
 zmianę pozycji ciała: tak  nie
- Żółtaczka fizjologiczna: od ..... do ..... doby  
 Maksymalne stężenie bilirubiny ..... w ..... dobie
- Smółka .....
- Inne .....
- Badanie lekarskie przedmiotowe .....
- Poszerzone badanie kliniczne noworodka  data i godzina .....
- Uwagi .....
- Wyniki badań dodatkowych .....
- Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni)
- Rozpoznanie i epikryza .....

Data .....

Oznaczenie lekarza .....

Wiek	3. - 4. miesiąc życia				
Rodzaj szczepionki	DTP - 2. dawka	Hib - 2. dawka	polio - 1. dawka	pneumokoki - 2. dawka	
Data i godzina wykonania					
Nazwa szczepionki					
Nr serii					
Podpis osoby wykonującej szczepienie					