

Pieczęć Świadczeniodawcy Nr umowy z NFZ
--

Nr ewidencyjny PESEL

.....
 Nr karty ubezpieczenia zdrowotnego

KARTA WIZYTY PATRONAŻOWEJ U DZIECKA 3-4 MIESIĄC

Wywiad pielęgniarski

Nazwisko	Imię (imiona)	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....	Adres zamieszkania	Adres zameldowania
Imię matki _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Imię ojca	Inny opiekun
Rodzina: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> niepełna <input type="checkbox"/> zastępcza	Telefon opiekuna	
Warunki mieszkaniowe <input type="checkbox"/> bardzo dobre <input type="checkbox"/> dobre <input type="checkbox"/> niezadowolające <input type="checkbox"/> złe		

WYWIAD: dotyczy wizyty patronażowej

- 1) Rodzina zajmuje mieszkanie/dom utrzymane w stanie sanitarnym dobrym / średnim / złym.
- 2) Sytuacja materialna dobra / średnia / zła.
- 3) Choroby społeczne: gruźlica / nowotworowe / nie dotyczy / inne.....
- 4) Wywiadu udzieliła: matka / ojciec / babcia / inne.....
- 5) Dziecko pielęgnowane prawidłowo. Bielizna dziecka czysta: tak / nie.
- 6) Wygląd skóry: czysta / potówki / odparzenia / inne
- 7) Kapane: tak / nie.
- 8) Karmienie: piersią na żądanie / sztuczne: czym?
-
-
- 9) Apetyt: je chętnie / je niechętnie.
- 10) Wydalanie: prawidłowe / luźne stolce / biegunki / zaparcia/
- 11) W karmieniu zachowuje przerwę nocną: tak / nie.
- 12) Spacer/werandowanie: wychodzi / nie wychodzi.

13) Kontrola stawów biodrowych: wykonana/ niewykonana

.....

14) Szczepienia: wg kalendarza / wg indywidualnych zaleceń / zwolnione ze szczepień / inne

.....

15) Waga: urodzeniowa / obecna w mc / r. ż.

16) Długość urodzeniowa / obecna..... wmc / r. ż.

17) Obwód klatki piersiowej urodzeniowy/ obecny

18) Obwód głowy urodzeniowy/ obecny

19) Skala Apgar:noworodek donoszony / wcześniak

20) Wizyty u pediatry: regularne / sporadyczne / w razie potrzeby / brak.

21) Rozwój psychomotoryczny

a) Utrzymuje głowę przy podciąganiu do pozycji siedzącej: tak / nie.

b) Śledzi wzrokiem osobę poruszającą się: tak / nie.

c) Reaguje na kontakt z badającym: tak / nie.

22) Matka troskliwa, zaradna: tak / nie.

23) Środowisko wymaga / nie wymaga stałej / czasowej opieki pielęgniarki środowiskowej / rodzinnej

24) Kolejne odwiedziny wg terminów patronaży lub w razie potrzeby

Przeprowadzono instruktaż w zakresie:

a) pielęgnacji niemowlęcia tak / nie

b) karmienie piersią tak / nie

c) karmienie sztuczne tak / nie

d) pielęgnacja jamy ustnej tak / nie

e) profilaktyki przeciwkrzywicznej /wad postawy tak / nie

f) szczepienia ochronne – obowiązkowe i zalecane tak / nie

25) Dziecko objęte opieką przez poradnię:

.....

.....

.....

26) Uwagi i zalecenia

.....

.....

.....

DATA.....

.....
PODPIS I PIECZĄTKA PIELĘGNIARKI

Badanie wykonać w obecności opiekuna prawnego lub faktycznego