

Rola położnej w życiu człowieka. Optymalizacja pracy położnej poprzez wykorzystanie narzędzi IT

Konrad Łosik

KG
KAMSOFT



W TROSCE O ZDROWSZE SPOŁECZEŃSTWO

Zadania położnej POZ



Rozpoznanie problemów zdrowotnych,



edukacja w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety oraz opieka przedporodowa dla kobiet w ciąży



zaplanowanie i realizacja świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia.



opieka nad noworodkiem i położnicą

Wizyta patronażowa

- opieka nad noworodkiem lub niemowlęciem,
- edukacja zdrowotna,
- promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców
- identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie
- formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań.



Dokumentacja wizyty - historia



Krótkie notatki,



Pełny formularz papierowy



Uzupełnianie wpisów w przychodni

Przewaga systemu



Wygoda

Brak ograniczeń



Dla zapominalskich

Automatyka



Samowystarczalność

Generowanie pełnej dokumentacji medycznej




Możliwość korzystania z bogatych zasobów wiedzy (BLOZ, ICD-10)













Dostęp do historii choroby pacjenta oraz rejestracja zleceń i wywiadów lekarskich

Przegląd formularzy

 Formularz

Nowak Ewa 84062323981

Wyszukaj w formularzach 

POL-Karta wizyty patronażowej u położnicy	
POL-Ciężarna	
POL-Wizyta patronażowa u noworodka	
POL-Karta wizyty ginekologicznej	
POL-Ocena ogólnego stanu noworodka - tabelka	
POL-Stan ogólny położnicy - tabelka	
PIEL-Wizyta patronażowa dziecka 3 miesiące	
PIEL-Karta wizyty patronażowej dziecka 9 miesięcy	
PIEL-Karta wizyty patronażowej dziecka 12 miesięcy	

DODAJ FORMULARZ

Nowak Ewa 84062323981



CIĘŻARNA

Data wystawienia: 27.09.2018

Wersja 1

Pacjent: Ewa Nowak

PESEL: 84062323981

Data urodzenia: 23.06.1984

Wiek w dniu wystawienia: 34

Adres: 40-235 Katowice, Radosna 7 m.15

Wystawca dokumentu

Anna Nowakowska

NPWZ:

Miejsce wystawienia

Poradnia Pielęgniarki

Poradnia Pielęgniarki

Serum prezentacja

DANE OSOBOWE					
Wykonywany zawód		Wysztalcenie	Podstawowe	<input type="radio"/>	
Stan cywilny	Z/Z		Zawodowe	<input type="radio"/>	
Telefon	501111111		Średnie	<input type="radio"/>	
			Wyższe	<input type="radio"/>	
WYWIAD ŚRODOWISKOWY					
Warunki bytowe	Dobre	<input type="radio"/>	Struktura i cechy rodziny	Mażeństwo	<input type="radio"/>
	Średnie	<input type="radio"/>		Związek partnerski	<input type="radio"/>
	Złe	<input type="radio"/>		Samotny rodzic	<input type="radio"/>
Warunki lokalowe	Dobre	<input type="radio"/>	Rodzina wielopokoleniowa	<input type="radio"/>	
	Średnie	<input type="radio"/>	Ilość dzieci w rodzinie		
	Złe	<input type="radio"/>	Schorzenia w rodzinie		
Środowisko	Wiejskie	<input type="radio"/>	Uzależnienia		
	Miejskie	<input type="radio"/>	Poziom wiedzy zdrowotnej	Dobry	<input type="radio"/>
Pomoc socjalna	nie wybrano		Słaby	<input type="radio"/>	
Nazwisko prowadzącego ciężę lekarza/położnej			Brak	<input type="radio"/>	
WYWIAD POŁOŻNICZY					
Liczba porodów	Liczba cięż		Liczba poronień	Samolstne	
	Silami natury			Inne	
	Kleszcze		Data ostatniej miesiączki		
	Vacuum		Data pierwszych ruchów		
	Cięcie cesarskie		Termin porodu	Wg OM	
	O czasie			Wg metody Negelego	
Przedwczesny		Wg USG			

DODAJ FORMULARZ

Nowak Ewa 84062323981



WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ					
Data		Tydzień ciąży			
RR		Tętno płodu			
Tętno		Ruchy płodu			
Temperatura		Stan emocjonalny ciężarnej			
Masa ciała					
NIEPRAWIDŁOWOŚCI U CIĘŻARNEJ					
Stan emocjonalny	Dobry	<input type="radio"/>	Hemoroidy	nie wybrano	
	Budzi zastrzeżenia	<input type="radio"/>	Rozstępy	nie wybrano	
Ocena brodawek	Płaskie	<input type="radio"/>	Nieprawidłowy przyrost masy ciała	Wysoki	<input type="radio"/>
	Wklęsłe	<input type="radio"/>		Niski	<input type="radio"/>
Wymioty	nie wybrano		Objawy zagrażającego porodu przedwczesnego	Ból podbrzusza	nie wybrano
Nudności	nie wybrano			Krwawienia	nie wybrano
Obrzęki	Kończyny górne	nie wybrano		Skrócona szyjka	nie wybrano
	Kończyny dolne	nie wybrano		Rozwarcie	nie wybrano
	Krocza	nie wybrano	Odżywianie/dieta		
Żylaki	Kończyny dolne	nie wybrano	Ocena ruchów płodu		
	Sromu	nie wybrano	Inne		
EDUKACJA CIĘŻARNEJ					
Higiena i odżywianie w ciąży	nie wybrano		Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego	nie wybrano	
Wizyty kontrolne u specjalistów w danych trymestrach	nie wybrano		Relaks jako element porodu aktywnego	nie wybrano	
Formy stymulacji prenatalnej : głaskanie brzucha, słuchanie muzyki, rozmowa z dzieckiem	nie wybrano		Plan porodu	nie wybrano	
Techniki oddychania w czasie ciąży i przebiegu porodu	nie wybrano		Nacięcie krocza	nie wybrano	
Ćwiczenia mięśni dna miednicy	nie wybrano		Niepokojące objawy podczas porodu	nie wybrano	
Techniki parcia i ćwiczenia pozycji wertykalnych	nie wybrano		Metody stymulacji porodu	nie wybrano	
Przygotowanie torby do szpitala	nie wybrano		Cięcie cesarskie i porody zabiegowe	nie wybrano	
Zwiastuny porodu	nie wybrano		Rola osoby towarzyszącej podczas porodu	nie wybrano	
Techniki karmienia piersią	nie wybrano		Fizjologia położu	nie wybrano	
Problemy w laktacji	nie wybrano		Położ i rola ojca w tym okresie	nie wybrano	
Dieta matki karmiącej	nie wybrano		Prawne aspekty rodzicielstwa	nie wybrano	
Pierwsza pomoc dziecka	nie wybrano		Potrzeby emocjonalne i zasady pielęgnacji	nie wybrano	
Szczepienia ochronne noworodków	nie wybrano		Rozwój psychomotoryczny dziecka	nie wybrano	
Szczegóły przebiegu porodu siłami natury	nie wybrano		Przygotowanie kącika noworodka	nie wybrano	
Naturalne metody łagodzenia bólu porodowego	nie wybrano		Pierwsza kąpiel, chwyt, ubieranie, przewijanie	nie wybrano	

WIZYTY PATRONAŻOWE U NOWORODKA

Data wystawienia: 27.09.2018

Wersja 1

Pacjent: Ewa Nowak

PESEL: 84062323981

Data urodzenia: 23.06.1984

Wiek w dniu wystawienia: 34

Adres: 40-235 Katowice, Radosna 7 m.15

Wystawca dokumentu

Anna Nowakowska

NPWZ:

Miejsce wystawienia

Poradnia Pielęgniarki

Poradnia Pielęgniarki

Serum prezentacja

Imię i nazwisko opiekuna: Jan Nowak
Pesel opiekuna:

DANE OSOBOWE			
Telefon	501111111	Nazwisko opiekuna	
Data wyjścia ze szpitala		Imię opiekuna	
Data zgłoszenia		Pesel opiekuna	
Godzina zgłoszenia			

ROZPOZNANIE OKOŁOPORODKOWE			
Płeć	Zęfiśka	<input type="radio"/>	Waga urodzeniowa
	Męska	<input type="radio"/>	Waga w dniu wypisu
Noworodek	Wcześniak	<input type="radio"/>	Tydzień ciąży
	Donoszony	<input type="radio"/>	DI, SI
Poród	Silami natury	<input type="radio"/>	Pkt Apgar
	Vacuum	<input type="radio"/>	
	Kleszcze	<input type="radio"/>	
Wady	Cięcie cesarskie	<input type="radio"/>	Szczepienia
	Zaburzenia oddychania	<input type="checkbox"/> nie wybrano	
	Rumień noworodkowy	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Nie wykonano
	Przedgłowie	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Badanie słuchu
	Zaburzenia termoregulacji	<input type="checkbox"/> nie wybrano	USG głowy
	Sinica zastoinowa	<input type="checkbox"/> nie wybrano	USG brzucha
	Hiperbilirubinemia	<input type="checkbox"/> nie wybrano	USG stawów biodrowych
	Inne		Dystrofia

WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ			
Data pierwszej wizyty		Data zakończenia	

WYWIAD ŚRODOWISKOWY			
Warunki bytowe	Dobre	<input type="checkbox"/>	Struktura i cechy rodziny
	Średnie	<input type="checkbox"/>	
	Złe	<input type="checkbox"/>	
Warunki lokalowe	Dobre	<input type="checkbox"/>	Ilość dzieci w rodzinie
	Średnie	<input type="checkbox"/>	
	Złe	<input type="checkbox"/>	
Środowisko	Wiejskie	<input type="checkbox"/>	Schorzenia w rodzinie
	Miejskie	<input type="checkbox"/>	
Pomoc socjalna	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Poziom wiedzy zdrowotnej	Dobry
			Słaby
			Brak

OCENA STANU NOWORODKA											
Stan	Brak odchyłań od normy	<input type="radio"/>	Ocena nosa	Sapka	<input type="radio"/>						
	Problemy wynikające podczas oceny stanu noworodka	<input type="radio"/>		Wydzielina wodnista	<input type="radio"/>						
Ocena zachowania	Pobudzony	<input type="radio"/>	Ocena jamy ustnej	Wydzielina ropna	<input type="radio"/>						
	Ospaly	<input type="radio"/>		Wydzielina krwista	<input type="radio"/>						
Ocena ciepłoty ciała	Podwyższona	<input type="radio"/>	Ocena gruczołów sutkowych	Skrócone	<input type="radio"/>						
	Obniżona	<input type="radio"/>		Wędzielko	<input type="radio"/>						
Ocena napięcia mięśniowego	Obniżone	<input type="radio"/>	Ocena kikutu	Obrzęk prawy	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
	Wzmoczone	<input type="radio"/>		Obrzęk lewy	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
	Asymetria ułożeniowa prawa	<input type="radio"/>		Zaczerwienienie prawe	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
	Asymetria ułożeniowa lewa	<input type="radio"/>		Zaczerwienienie lewe	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
Ocena koloru skóry	Błada	<input type="radio"/>	Ocena dna pepek	Wydzielina prawa	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
	Zaczerwieniona	<input type="radio"/>		Wydzielina lewa	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
	Zażółcenie śladowe	<input type="radio"/>		Wilgotny	<input type="radio"/>						
	Zażółcenie mienne	<input type="radio"/>		Krwisty	<input type="radio"/>						
Ocena stanu skóry	Zażółcenie intensywne	<input type="radio"/>	Ocena narządów płciowych - żeńskie	Ropiejący	<input type="radio"/>						
	Sucha	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Cuchnący	<input type="radio"/>						
	Łuszcząca	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Wilgotny	<input type="radio"/>						
	Zasiniona	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Krwawiący	<input type="radio"/>						
	Otarcia	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Ropiejący	<input type="radio"/>						
	Zadrapania	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Ziamujący	<input type="radio"/>						
	Wybroczyny	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Stan zapalny	<input type="radio"/>						
	Naczyniaki	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Przepuklina	<input type="radio"/>						
	Wysepka	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Obrzęk	<input type="radio"/>						
	Połówki	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Zaczerwienienie	<input type="radio"/>						
Ciemniucha	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Wydzielina z pochwy	<input type="radio"/>								
Oparzenia	Posiadki	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Ocena narządów płciowych - męskie	Nieprawidłowość anatomiczne	<input type="radio"/>						
	Pod pachami	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Obrzęk	<input type="radio"/>						
	Pod szyją	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Zaczerwienienie	<input type="radio"/>						
	Pachwiny	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Nieprawidłowość anatomiczne	<input type="radio"/>						
Zmiany	Za uszami	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Rodzaj karmienia	Naturalne	<input type="radio"/>						
	Ropne	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Matczyne z butelki	<input type="radio"/>						
	Grzybicze	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Mieszane	<input type="radio"/>						
	Skóra atopowa	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Sztuczne	<input type="radio"/>						
Ocena oczu	Obrzęk	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Problemy ze strony układu pokarmowego	Dopajanie	<input type="radio"/>						
	Zasinienie powiek	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Ulewianie	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
	Naczyniaki	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Wymioty	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
	Łzawienie prawe	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Kolka	<input type="checkbox"/> nie wybrano						
	Łzawienie lewe	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Inne	<input type="checkbox"/>						
	Wydzielina ropna prawe	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Pópyłynie	<input type="radio"/>						
	Wydzielina ropna lewe	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Płynne	<input type="radio"/>						
	Zażółcenie białek	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Tryskające	<input type="radio"/>						
	Przekrwienie	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Słuzowe	<input type="radio"/>						
	Wybroczyny krwiste	<input type="checkbox"/> nie wybrano		Zaparcia	<input type="radio"/>						
		Inne	<input type="checkbox"/>								
		Zagęszczony	<input type="radio"/>								
		Inny	<input type="checkbox"/>								

WYKONANE ŚWIADCZENIA			
Kąpiel	Higieniczna	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Pielęgnacja narządów płciowych i pośladków
	Lecznicza	<input type="checkbox"/> nie wybrano	
Zaopatrzenie pepek	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Układanie na brzuszku	<input type="checkbox"/> nie wybrano
Ważenie	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Pokaz ubierania i zmiany pieluszek	<input type="checkbox"/> nie wybrano
Toaleta oczu	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Pokaz noszenia i układania	<input type="checkbox"/> nie wybrano
Toaleta nosa	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Pobieranie materiału do badań (data)	<input type="checkbox"/> nie wybrano
Toaleta jamy ustnej	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Podawanie leków	<input type="checkbox"/>
Obcięcie paznokci	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Inne	<input type="checkbox"/>
ZALECENIA			
Werandowanie	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Spacery	<input type="checkbox"/> nie wybrano
Szerokie pieluszkowanie	<input type="checkbox"/> nie wybrano		
EDUKACJA RODZICÓW			
Promocja karmienia naturalnego	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Zasady karmienia mlekiem modyfikowanym	<input type="checkbox"/> nie wybrano
Dysplazja stawów biodrowych	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Szczepienia ochronne- skutki braku szczepień	<input type="checkbox"/> nie wybrano
Profilaktyka przeciwkryzywcza	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Zgłoszenie dziecka do lekarza POZ (nazwisko, nazwa podmiotu)	<input type="checkbox"/>
Opieka nad noworodkiem, pielęgnacja	<input type="checkbox"/> nie wybrano	Zgłoszenie dziecka do pielęgniarki rodzinnej(nazwisko, nazwa podmiotu)	<input type="checkbox"/>

 DODAJ FORMULARZ

Nowak Ewa 84062323981



WIZYTY GINEKOLOGICZNE

Data wystawienia: 27.09.2018

Wersja 1

Pacjent: Ewa Nowak

PESEL: 84062323981

Data urodzenia: 23.06.1984

Wiek w dniu wystawienia: 34

Adres: 40-235 Katowice, Radosna 7 m.15

Wystawca dokumentu

Anna Nowakowska

NPWZ:

Miejsce wystawienia

Poradnia Pielęgniarki

Poradnia Pielęgniarki

Serum prezentacja

Dane osobowe:

Stan cywilny:	Z/Z	telefon:	501111111
---------------	-----	----------	-----------

Wywiad środowiskowy:

Stosowane leki:		Aktualne choroby:	
Operacje:		Zabiegi:	
Przebyte choroby:			

Wywiad położniczy:

Liczba porodów:		Badanie cytologiczne:		Usg piersi:	
Liczba poronień:		Ostatnia mammografia:			

Ocena stanu ogólnego:

RR:		Tętno:		Temperatura:	
Żyłaki tak/nie	nie wybrano	Obrzęki tak/nie	nie wybrano	Nietrzymanie moczu tak/nie	nie wybrano
Zabarwienie powłok skórnych:		Ocena stanu piersi - nieprawidłowości:			

 DODAJ FORMULARZ

Nowak Ewa 84062323981



Rozpoznanie

Zalecenia lekarskie

Wykonanie czynności położniczych

Tematy edukacyjne

1. Samobadanie piersi	<input type="checkbox"/>
2. Ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy	<input type="checkbox"/>
3. Aktywność fizyczna	<input type="checkbox"/>
4. Prawidłowe odżywianie	<input type="checkbox"/>
5. Profilaktyka przeciwnowotworowa	<input type="checkbox"/>
6. Menopauza	<input type="checkbox"/>
7. Inne- dostosowane do stanu pacjentki	<input type="checkbox"/>

← DODAJ FORMULARZ ✓

Nowak Ewa 84062323981

Data wystawienia: \$data

Wersja 1

Pacjent: \$pac_imie \$pac_nazwisko

PESEL: \$pac_pesel

Data urodzenia: \$pac_dataur

Wiek w dniu wystawienia: \$pac_wiek

Adres: \$pac_adres

Wystawca dokumentu

\$spersonel_imie \$spersonel_nazwisko

NPWZ: \$spersonel_pwz

Miejsce wystawienia

\$jed_nazwa

\$jed_nazwa

\$sins_nazwa

Imię i nazwisko opiekuna: \$opiekun_imie \$opiekun_nazwisko

Pesel opiekuna: \$opiekun_pesel

II. Ocena stanu ogólnego noworodka

Ocena stanu ogólnego noworodka	Data	Dni życia			
		1	2	3	4
Ocena stanu psychofizycznego	Spokojny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pubudzony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ospaly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciepłota ciała	Prawidłowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Podwyższona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obniżona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena napięcia mięśni	W normie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obniżone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wzmożone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena stanu i zabarwienia skóry	Różowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Biała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zażółcenie - brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zażółcenie - słabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zażółcenie - mierne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zażółcenie - intensywne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Czysta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Odparzona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wysypka/potówki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciemniucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena gruczołów sutkowych	Bez zmian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obrzęk L/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stan zapalny L/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wydzielina L/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena jamy ustnej	Czysta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pleśniawki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

← DODAJ FORMULARZ ✓

Nowak Ewa 84062323981

Ocena spojówek	Bez zmian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Łzawienie L/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stan zapalny L/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wydzielina ropna L/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena kikutu powpiny	Zachowany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suchy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wilgotny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ropiejący	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stan zapalny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena dna pępka	Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wilgotne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ropiejące	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ziarnujące	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena narządów płciowych	Stan zapalny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Przepuklina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena karmienia (ilość karmień na dobę)	Prawidłowe L/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nieprawidłowe L/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Naturalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mieszane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena stolców (ilość na dobę)	Sztuczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dopajanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prawidłowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Półpłynne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Płynne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tryskające	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Śluzowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne/Kolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zaparcia	Zaparcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obserwacja ulewania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obserwacja wymiotów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obserwacja wzdęć brzucha (kolek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zalecenie witamina D3, witamina K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wykonane świadczenia	Pielęgnacja skóry	Potówki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ciemniucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kaple noworodka	Higieniczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lecznicza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Toaleta i zakrapianie oczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odciąganie wydzieliny z nosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pędzlowanie jamy ustnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zaopatrzenie pępka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Obcinanie paznokci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zalecenia	Szerokie pieluszkowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pielęgnacja narządów płciowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Masaż brzuszka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pokaz ubierania i rozubierania dziecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pokaz noszenia i układania dziecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pobieranie materiału do badań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Werandowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spacery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

← DODAJ FORMULARZ

Nowak Ewa 84062323981



Data wystawienia: 27.09.2018

Wersja 1

Pacjent: Ewa Nowak

PESEL: 84062323981

Data urodzenia: 23.06.1984

Wiek w dniu wystawienia: 34

Adres: 40-235 Katowice, Radosna 7 m.15

Wystawca dokumentu

Anna Nowakowska

NPWZ:

Miejsce wystawienia

Poradnia Pielęgniarki

Poradnia Pielęgniarki

Serum prezentacja

II. Stan ogólny położnicy

Stan ogólny położnicy	Data				
		1	2	3	4
Dni połogu - 6 tygodni					
Ocena stanu ogólnego	Temperatura P/N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tętno P/N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RR P/N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samo- poczucie	Dobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Złe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena brodawek	Prawidłowo wyszt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Płaskie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wciągnięte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	W stanie dobrym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laktacja	Zmacerowane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prawidłowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laktacja	Słaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zastój pokarmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Badanie macicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena odchodów z dróg rodnych	Obkurcza się praw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obkurcza się niepr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krwiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Surowiczo/krwiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Śluzowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zanikające	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuchnące	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ropne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serowate/grzybiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obfite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mierne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

← DODAJ FORMULARZ

Nowak Ewa 84062323981



Ocena rany	Zagojona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	W trakcie gojenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ziarnująca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ropiejąca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obrzęk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyjęto szwy	Krwiak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Szpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena innych powikłań w połogu	Gabinet lekarki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemoroidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zakrzep. zapal. żył	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obrzęki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stan zap. dróg mocz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samo- opieka	Inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prawidłowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocena wiedzy zdrowot. położnicy	Nieprawidłowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bardzo dobra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dobra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zadowolająca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wykonano Świadczenia	Nie zadowolająca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Odciąganie pokarmu z piersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kompresy i okłady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hamowanie laktacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pielęgnacja brodawek sutkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zaopatrywanie ran pooperacyjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zaopatrywanie ran krocza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toaleta krocza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdjęcie szwów z krocza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdjęcie szwów z rany pooperacyjnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Omówiono ćw. gimnastyczne w połogu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Iniekcje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prezentacja

Dziękuję za uwagę