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 _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4

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 _____ 19 ___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

"____" _____ 19 .. 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 /корм- / ления	1		2		3		4		5	
	груд-ное	до-корм	груд-ное	до-корм	груд-ное	до-корм	груд-ное	до-корм	груд-ное	до-корм
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
В час.										
Всего										

продолжение

День / жизни/ / /часы /корм- / ления	6		7		8		9		10	
	груд-ное	до-корм	груд-ное	до-корм	груд-ное	до-корм	груд-ное	до-корм	груд-ное	до-корм
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 _____