

Приложение № 3  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации _____	Медицинская документация Учетная форма 113/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от «__» _____ 20__ г. № _____
Адрес _____	

**Обменная карта беременной, роженицы и родильницы**

выдается беременной при ее первой явке и заполняется при каждом посещении женской консультации (ВОПа, ФАПа)

**ТАЛОН 1. Сведения женской консультации о беременной**  
(заполняется на каждую беременную и выдаётся при постановке на учёт)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата и год рождения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года, полных лет \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Адрес регистрации  совпадает с адресом проживания \_\_\_\_\_

Контактные телефоны: мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_  
рабочий \_\_\_\_\_ адрес электронной почты \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Брачное состояние:  брак зарегистрирован  брак не зарегистрирован,  одинокая

ФИО и телефон доверенного лица: \_\_\_\_\_

Полис ОМС № \_\_\_\_\_

СНИЛС № \_\_\_\_\_

Декретный отпуск с \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года по \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

Листок нетрудоспособности № \_\_\_\_\_

Родовой сертификат: серия № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Аллергические реакции:  нет;  да (при наличии – выделить цветом) \_\_\_\_\_

Высокий акушерский риск по результатам скрининга в 11-14 недель (выделить цветом)

Риски осложнений (преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода)	Значение индивидуального риска			

## Акушерский риск (на основе клинических рекомендаций).

Риск осложнений	При 1-й явке	В 11–13 недель	В 18–20 недель	В 30–34 недели
Тромбоэмболические осложнения	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий
Другие (указать) _____	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий

Дородовая госпитализация:  не показана;  показана, \_\_\_\_\_

Куда:  в отделение патологии беременности;  в отделение акушерского ухода

Основание \_\_\_\_\_

срок госпитализации \_\_\_\_\_ недель.

Рекомендована госпитализация на роды в медицинскую организацию:

1-й;  2-й;  3а;  3б группы (уровня)

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ года.

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Подпись пациентки \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## Сведения о беременной

Врождённые пороки развития:  нет;  да \_\_\_\_\_

Рост \_\_\_\_\_ см. Масса тела при постановке на учёт \_\_\_\_\_ кг. ИМТ \_\_\_\_\_ кг/м<sup>2</sup>.

недостаточная масса (<18),  норма (18–25),  избыточная масса (25,1–29,9),

ожирение I (30–34,9),  ожирение II (35–39,9),  ожирение III (≥40).

Риск преэклампсии:  низкий,  высокий. Значение риска \_\_\_\_\_

Риск преждевременных родов:  низкий,  высокий. Значение риска \_\_\_\_\_

Риск задержки роста плода:  низкий,  высокий. Значение риска \_\_\_\_\_

Риск тромбоэмболических осложнений:  низкий,  высокий. Значение риска \_\_\_\_\_

Другие риски \_\_\_\_\_:  низкий,  высокий. Значение риска \_\_\_\_\_

Детские инфекции:  нет;  да \_\_\_\_\_

На диспансерном учёте:  не состояла;  состояла \_\_\_\_\_

Травмы, операции:  нет;  да \_\_\_\_\_

Соматические заболевания:  нет;  да \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Социально значимые инфекции:  нет;  туберкулёз,  гепатит В;  гепатит С;  сифилис;

другие \_\_\_\_\_

ВИЧ-статус:  – негативный;  – позитивный от \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ г. эпид.номер \_\_\_\_\_

Антиретровирусная терапия во время беременности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Наследственные заболевания:  нет;  да \_\_\_\_\_

Гемотрансфузии:  нет;  да (год) \_\_\_\_\_

Последняя флюорография, дата \_\_\_\_\_ результат \_\_\_\_\_

Вредные привычки:  курение,  алкоголь,  наркотики;  отрицает.

Профессиональные вредности:  нет;  да \_\_\_\_\_

Сведения о прививках:  столбняк;  дифтерия;  корь;  краснуха;  ветряная оспа;  грипп;  ВПЧ;  гепатит В  другие \_\_\_\_\_

Менструации с \_\_\_\_\_ лет, установились  сразу,  нет, (через \_\_\_\_\_ месяцев), по \_\_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_\_ дней;  скудные  умеренные  обильные;  болезненные  безболезненные;  регулярные,  нерегулярные.

Половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет.

Контрацепция (метод и период применения) \_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания, операции (какие, дата) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Инфекции, передаваемые половым путём:  нет;  да (дата, лечение) \_\_\_\_\_

Последнее обследование молочных желёз \_\_\_\_\_ год, \_\_\_\_\_ метод, результат \_\_\_\_\_

Последнее цитологическое исследование микропрепарата шейки матки \_\_\_\_\_ год, \_\_\_\_\_ метод, результат \_\_\_\_\_

#### История предыдущих беременностей

№	Год	Наступила: 1-самопроизвольно; 2- индуцирована 3-ВРТ (уточнить программу)	Исход: 1-роды: срочные, преждевременные, (дата, срок беременности) 2-кесарево сечение (дата, срок беременности) 3-самопроизвольный выкидыш, искусственный аборт, неразвивающаяся беременность (срок беременности) 4-внематочная беременность (вид операции) 7-пузырный занос (срок беременности)	Число родившихся (живыми, мертвыми), пол, рост (см), масса тела (г) ребенка.	Осложнения предыдущих беременностей и родов
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

#### Сведения о рубце на матке (при наличии)

Дата операции	Название операции	При кесаревом сечении - срок беременности, показания	Локализация рубца на матке	Особенности операции, п/о периода



**Данные о состоянии плода (заполняются в 37–38 недель)**Предлежание:  головное,  тазовое,  другое \_\_\_\_\_Предлежащая часть:  прижата,  над входом в малый таз,  не определяется.Сердцебиение плода: \_\_\_\_\_/мин;  ясное,  ритмичное,  другое.

Предполагаемая дата родов \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Предполагаемая масса плода \_\_\_\_\_ г.

Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Подпись беременной \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Дата		
Антитела к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> )	№ _____ Подпись _____	№ _____ Подпись _____
Антитела классов М, G к ВИЧ ½ и антиген р24	№ _____ Подпись _____	№ _____ Подпись _____
HBsAg или антитела к HBsAg		
anti-HCV IgG и anti-HCV IgM		

Дата	
Вирус краснухи ( <i>Rubella virus</i> )	IgM IgG

Дата			
Антирезусные антитела			

## Пероральный глюкозотолерантный тест, ммоль/л (при нарушении углеводного обмена)

/ / года. Срок _____ недель	
-----------------------------	--

## Уровень тиреотропного гормона (ТТГ), мкМЕ/л

/ / года. Срок _____ недель	
-----------------------------	--

Определение стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала или ректо-вагинальном отделяемом (в 35-37 недель беременности)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года. Результат \_\_\_\_\_  
 от обследования отказалась \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

## Бактериоскопическое исследование мазков

Дата						
Локусы	С	V	U	С	V	U
Лейкоциты						
Эпителий						
Ключевые клетки						
Кандиды						
Трихомонады						
Гонококки						
pH						

Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки  
(мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года. Результат \_\_\_\_\_

## Посев мочи на бессимптомную бактериурию (при первом визите)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года. Результат \_\_\_\_\_

УЗИ 1 триместра \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Кол-во плодов \_\_\_\_\_ Хориальность/амниальность \_\_\_\_\_ (указать)

Диаметр плодного яйца \_\_\_\_\_ мм, КТР \_\_\_\_\_ мм,

СБ эмбриона \_\_\_\_\_ /мин,  не определяется.

Хорион расположен (указать) \_\_\_\_\_  
 Патология:  нет,  да (указать) \_\_\_\_\_  
 Заключение: срок беременности \_\_\_\_\_ недель \_\_\_\_\_  
 Оценка антенатального развития плода:  
 Комплексная оценка рисков (11-14 недель)  
 Дата \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ года.  
 УЗИ:  
 Количество плодов \_\_\_ Хориальность/амниальность \_\_\_\_\_ (указать)  
 КТР \_\_\_ мм, ТВП \_\_\_ мм, СБ эмбриона \_\_\_\_\_ /мин,  не определяется.  
 Цервикометрия \_\_\_ (мм) ПИ маточных артерий: правая \_\_\_ /левая \_\_\_  
 ВПР:  нет,  да (указать) \_\_\_\_\_  
 Другая патология: \_\_\_\_\_  
 БХМ:  
 PAPP-A \_\_\_\_\_ мЕД/мл, \_\_\_\_\_ /МОМ/  
 β-ХГЧ \_\_\_\_\_ мЕД/мл, \_\_\_\_\_ /МОМ/  
 Комплексный индивидуальный риск:  
 21 трисомии:  низкий  высокий,  
 18 трисомии:  низкий,  высокий  
 13 трисомии:  низкий,  высокий  
 ЗРП:  низкий,  высокий  
 ПР:  низкий,  высокий  
 ПЭ ранней (до 34 недель):  низкий,  высокий  
 ПЭ поздней (до 37 недель):  низкий,  высокий  
 Заключение: срок беременности \_\_\_\_\_ недель \_\_\_\_\_

Ультразвуковое исследование (19-21 неделя)  
 УЗИ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ года.  
 Количество плодов \_\_\_\_\_  
 ПМП \_\_\_ (г)  
 Сердцебиение плода \_\_\_\_\_ /мин.  
 ПРП:  нет,  да указать \_\_\_\_\_  
 Эхо-маркеры ХА (указать) \_\_\_\_\_  
 Риск ХА (перерасчет при эхо-маркерах ХА) \_\_\_\_\_  
 Околоплодные воды:  норма,  маловодие,  многоводие.  
 Плацента расположена \_\_\_\_\_  
 Особенности \_\_\_\_\_  
 УЗИ-цервикометрия: длина сомкнутой части цервикального канала \_\_\_ мм, в/зев  закрыт,  
 \_\_\_\_\_  
 Заключение: срок беременности \_\_\_\_\_ недель \_\_\_\_\_  
 Инвазивная пренатальная диагностика (при высоком риске ХА) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ года  
 Срок беременности: \_\_\_\_\_ (указать)  
 Вид процедуры \_\_\_\_\_ (указать)  
 Кариотип/другое \_\_\_\_\_ (вписать)  
 Заключение консилиума (при ПРП и ХА) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ года

Ультразвуковое исследование (30-34 неделя) – по показаниям  
УЗИ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Предлежание:  головное,  тазовое.

Околоплодные воды:  норма,  маловодие,  многоводие.

Плацента расположена \_\_\_\_\_

Сердцебиение плода \_\_\_\_\_ /мин.

Заключение: срок беременности \_\_\_\_\_ недель \_\_\_\_\_

УЗИ-цервикометрия \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

(в группе риска позднего выкидыша и преждевременных родов)

УЗИ-цервикометрия \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

(в группе риска позднего выкидыша и преждевременных родов)

Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года (в группе риска акушерских и перинатальных осложнений)

норма; \_\_\_\_\_

Особенности \_\_\_\_\_



## Осмотры врачей-специалистов

### Осмотр ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

ЭКГ (по показаниям) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года. Результат \_\_\_\_\_

### Осмотр ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

### Осмотр ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА

Дата осмотра		
Результат осмотра, заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

### Консультации ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ (по показаниям)

Дата консультации		
Заключение		
Медицинская организация		
Ф.И.О. врача		
Подпись врача		

## Сведения о госпитализации во время беременности

№	Дата	Медицинская организация	Диагноз
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		
	С ___/___/___ года по ___/___/___ года <input type="checkbox"/> экстренная, <input type="checkbox"/> плановая		

Дата заполнения \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ года.

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**Результаты консультирования в АДКЦ** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ года (при необходимости)

Заключение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Для документации

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ**

Женская консультация № \_\_\_\_\_ Участок № \_\_\_\_\_

Адрес женской консультации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ сайт в интернете \_\_\_\_\_

Телефон руководителя \_\_\_\_\_ эл. почта \_\_\_\_\_

График работы женской консультации: пн-пт с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_, сб с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Телефон органа управления здравоохранением, в ведении которого находится женская консультация \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача, телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ электронная почта \_\_\_\_\_

Ф.И.О. акушерки, телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ электронная почта \_\_\_\_\_

График работы врача: чётные с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ нечётные с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

## ТАЛОН 2. Сведения акушерского стационара о родильнице

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата и год рождения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года, полных лет \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Адрес регистрации  совпадает с адресом проживания \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

Дата родов \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

Время рождения \_\_\_\_ ч \_\_\_\_ мин

Ребёнок родился от \_\_\_\_ беременности по счёту в сроке \_\_\_\_\_ недель

Предыдущие беременности закончились: \_\_\_\_ абортами (искусственными, самопроизвольными),  
\_\_\_\_ родами, в т. ч. мёртвым плодомРоды:  одноплодные;  многоплодныеОсобенности родов (длительность, осложнения в родах у матери и плода):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Паспорт кесарева сечения:

Показания к операции кесарева сечения \_\_\_\_\_

Операция:  плановая;  экстренная

Продолжительность безводного промежутка: \_\_\_\_\_ ч \_\_\_\_\_ мин.

Разрез матки:  поперечный в нижнем маточном сегменте,  истмикокорпоральный, корпоральный, другое \_\_\_\_\_Зашивание разреза на матке:  непрерывным однорядным швом;  непрерывным многорядным швом,  отдельными швами, другое \_\_\_\_\_

Шовный материал (указать какой) \_\_\_\_\_

Объем кровопотери \_\_\_\_\_ мл.

Продолжительность операции \_\_\_\_\_ ч \_\_\_\_\_ мин.

Дополнительные вмешательства во время операции \_\_\_\_\_

Переливание крови и ее компонентов \_\_\_\_\_ мл

Характер течения послеоперационного периода:  физиологическое течение,  осложнения  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Антибиотикопрофилактика/антибиотикотерапия (подчеркнуть) (чем) \_\_\_\_\_

Длительность пребывания в стационаре после операции \_\_\_\_\_ дней.

Оперативные пособия в родах, кроме кесарева сечения (вид, показания, особенности, осложнения)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Обезболивание:  нет,  применялось, какое \_\_\_\_\_  
эффективность \_\_\_\_\_

Роды партнёрские:  да,  нет

Течение послеродового периода (заболевания): \_\_\_\_\_

Лактация:  да,  нет

Выписана на \_\_\_\_\_ сутки после родов

Состояние матери при выписке: \_\_\_\_\_

Состояние ребёнка при рождении:

в родильном доме \_\_\_\_\_

при выписке \_\_\_\_\_

Вес ребёнка: при рождении \_\_\_\_\_ г,

при выписке \_\_\_\_\_ г.

Рост ребёнка при рождении \_\_\_\_\_ см.

Баллы по шкале Апгар \_\_\_\_\_ на 1 мин. \_\_\_\_\_ на 5 мин.

Маме  не требуется патронаж,  требуется, показания \_\_\_\_\_

Особые замечания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Подпись акушера-гинеколога \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## ТАЛОН 3. Сведения акушерского стационара о новорождённом

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Адрес регистрации  совпадает с адресом проживания \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года  
 Время рождения \_\_\_\_ ч \_\_\_\_ мин  
 Ребёнок родился от \_\_\_\_ беременности по счёту в сроке \_\_\_\_\_ недель  
 Беременность:  спонтанная;  индуцированная;  с помощью ВРТ;  одноплодная;  многоплодная  
 Особенности родов (длительность, слабость родовой деятельности, родоусиление, вакуум экстракция плода, наложение акушерских щипцов, др.): \_\_\_\_\_

Обезболивание:  нет,  применялось, какое \_\_\_\_\_  
 эффективность \_\_\_\_\_  
 Роды партнёрские:  да,  нет  
 Течение послеродового периода у матери (заболевания): \_\_\_\_\_

Мать выписана на \_\_\_\_\_ сутки после родов  
 Состояние матери при выписке: \_\_\_\_\_  
 Пол ребёнка:  мальчик,  девочка; рост при рождении \_\_\_\_\_ см,  
 вес при рождении \_\_\_\_\_ г, при выписке \_\_\_\_\_ г., окружность головы при выписке \_\_\_\_\_ см  
 Физиологическая потеря массы тела \_\_\_\_ г, стабилизировалась на \_\_\_\_ день.  
 Состояние ребёнка при рождении — оценка по шкале \_\_\_\_ (указать): на 1-й мин \_\_\_\_, на 5-й мин \_\_\_\_  
 Закричал:  сразу,  нет;  проведены реанимационные мероприятия, какие \_\_\_\_\_

Совместное пребывание с матерью с \_\_\_\_\_ часа после родов  
 Прикладывание к груди на \_\_\_\_ часу после родов.  
 Вскармливание:  грудное, лактация  достаточная,  недостаточная;  сцеженным молоком матери, в случае  перевода на искусственное вскармливание указать причину \_\_\_\_\_

Течение периода адаптации \_\_\_\_\_  
 Дополнительные обследования \_\_\_\_\_

Терапия, режим \_\_\_\_\_  
 Вакцинация БЦЖ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года 0,05 мг в 0,1 мл; серия \_\_\_\_\_  
 контроль \_\_\_\_\_  
 БЦЖ-М \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года 0,025 мг в 0,1 мл серия \_\_\_\_\_  
 контроль \_\_\_\_\_  
 Вакцинация не проводилась, причина \_\_\_\_\_  
 Вакцинация против гепатита В \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года серия \_\_\_\_\_  
 Срок годности \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года, производитель \_\_\_\_\_  
 Неонатальный скрининг, дата забора крови \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года,  
 результат \_\_\_\_\_  
 Кардиологический скрининг, дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года, результат:  
 отрицательный,  сомнительный,  положительный,  не проведен,  
 причина \_\_\_\_\_  
 Аудиологический скрининг, дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года,  
 результат \_\_\_\_\_,  
 не проведен, причина \_\_\_\_\_  
 Отказ матери (вид скрининга, причина) \_\_\_\_\_

Лекция по уходу за ребёнком и грудному вскармливанию проведена \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ года,  
провёл

врач-неонатолог \_\_\_\_\_

медицинская сестра \_\_\_\_\_

Ребёнок выписан в удовлетворительном состоянии на \_\_\_\_\_ сутки, с массой тела \_\_\_\_\_ г.

Диагноз \_\_\_\_\_

Рекомендован осмотр участкового врача в первые 2 суток после выписки,

консультации \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Особые замечания \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ года

Подпись акушера-гинеколога \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись неонатолога \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )