

Az adatszolgáltató: újszülött kórlap zárójelentés szülő

GYERMEK NEVE:

Szül. súly: Hossz: Fejkörfogat: Mellkörfogat:

APGAR: AK. Szám:

ÁTHELYEZÉS: Törzskönyvszám:

HBsAg:

SZÜLETÉS MÓDJA: normal, vacuum, sectio caes., fartartás, egyéb:

Gest. idő: Magzatvíz: Köldökszínór:
 Resuscitatio: Fizikai: Maszkos: Intubálás:
 Biokémiai: O₂:

KÜLTAKARÓ	LÉGZÉS	IZOMTÓNUS	BŐRSZÍN
Magzatmáz <input type="checkbox"/>	Nincs <input type="checkbox"/>	Tónustalan <input type="checkbox"/>	Sápadt <input type="checkbox"/>
Lanugo <input type="checkbox"/>	Kapkodó, felületes <input type="checkbox"/>	Görcsöl <input type="checkbox"/>	Canotikus <input type="checkbox"/>
Anyajegy <input type="checkbox"/>	Jó <input type="checkbox"/>	Jó <input type="checkbox"/>	Kipirult <input type="checkbox"/>
Erythema <input type="checkbox"/>	Erőteljes <input type="checkbox"/>	Erőteljes <input type="checkbox"/>	Rózsás <input type="checkbox"/>
Egyéb <input type="checkbox"/>	Egyéb <input type="checkbox"/>	Egyéb <input type="checkbox"/>	Egyéb <input type="checkbox"/>

SZÍVMŰKÖDÉS	SZÜLETÉSI SÉRÜLÉSEK	FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGEK
Nincs <input type="checkbox"/>	Cephalhaematome etx. <input type="checkbox"/>	
Tachycard <input type="checkbox"/>	Clavicula fractura <input type="checkbox"/>	
Brandycard <input type="checkbox"/>	Torticollis <input type="checkbox"/>	
Arrythmiás <input type="checkbox"/>	Karidegfonat-sérülés <input type="checkbox"/>	
Rithmusos <input type="checkbox"/>		
Egyéb <input type="checkbox"/>	Egyéb <input type="checkbox"/>	Egyéb <input type="checkbox"/>

CSALÁDI ANAMNÉZIS:

Ápolási diagnózis	Ápolási terv
A légutak elégtelen tisztulásának kockázata az orrgarat ürben lévő váladék miatt.	Szabad légutak biztosítása – nyákszívás.
A hőszabályozás elégtelensége, az újszülöttnak új környezetbe érkezése miatt.	Megfelelő hőmérséklet biztosítása – melegítés, inkubátorba behelyezés.
Fertőzések kockázata az újszülött esendősége, a normális flóra hiánya, a veszélyeztetett környezet és a nyílt sebfelület (köldök) miatt.	Fertőzések kialakulásának megelőzése – asepsis, antiscipsis szabályainak betartása.
A bőr károsodásának kockázata a védelmet nyújtó magzatmáz hiánya és a magzatvíz elhuzódó felpuhító hatása miatt.	A bőr károsodásának kivédése – bőrvédelem.
Féltényelés kockázata a koraszülött mozgásképtelensége, esetlegesen gyengült garatreflex és a fokozott váladékozás miatt.	Féltényelés (kivédése) megakadályozása – szükség szerint nyákszívás, pozicionálás. Táplálás után kissé bal oldalt fekvő helyzet biztosítása.
A szájhártya szöveti károsodásának kockázata a fototerápiás fénynek való expozíciója miatt.	Védőszemüveg használata, fokozott folyadék bevitel, fokozott bőrvédelem.
A bőr károsodásának kockázata a hasmenés, a vizelet bilirubin-tartalma és a fototerápiás fényexpozíció következtében.	Pozicionálás, megfelelő mennyiségű plusz oxigén adása, vitális paraméterek ellenőrzése.
Elégtelen szöveti perfúzió kockázata a csökkent oxigén felvétel miatt.	Pozicionálás, megfelelő mennyiségű plusz oxigén adása, oxigén szaturáció mérése, vitális paraméterek ellenőrzése.
Elégtelen gázcserre a tüdő éretlensége miatt.	Hypoglycaemia kivédése – szükség szerint pótlás, infúzió adása elrendelés szerint.
Vércukor szint csökkenésének kockázata, a koraszülöttség miatt / anyai terhességi diabetes miatt	Részletekben történő táplálékbevitel.
Erőkifejtés csökkent türeése az anaemia miatt.	Komfortérzet biztosítása, a hígítés szükségletek kielégítése.
Teljes önellátás hiánya, a fiziológiai szükségletek terén.	A szájhártyakárosodás megelőzése, ecsetelése.
A szájhártyakárosodásának kockázata a per os táplálás felügyelése miatt.	A szervezet szükségleteit fedező anyatej, illetve szükség esetén orvos által elrendelt tápszer biztosítása.
Elégtelen táplálékfelvétel az anyatej csökkent termelődése miatt.	A szervezet szükségleteit fedező folyadék biztosítása.
Folyadék hiány kockázata az elégtelen per os bevitel miatt.	A szervezet szükségletét fedező táplálék biztosítása, folyadék bevitel biztosítása: parenteralisan, perfluzorral.
Szajon át történő táplálék felvétel képességének hiánya, a szervezet szükségleteihez képest csökkent folyadék felvétele például hányás, elégtelen anyatej termelődés következtében.	Nyugtalanág észlelése, az újszülött megnyugtatása.
Nyugtalanág kialakulásának kockázata az anya terhesség alatti káros szenvedélyének következtében.	Beavatkozás által okozott fájdalom csökkentése.
Fájdalom a beavatkozás miatt.	Szondatáplálás.
Koraszülötti elégtelen evésmódja. (Nem tudja fémfartani az ercdményes szívás-, nyelés-, légzés-mechanizmust).	Szajnyálkahártya ápolása, kezelése. Szajnyálkahártya rendszeres ellenőrzése.
Szajnyálkahártya károsodásának kockázata a legyengült immunrendszer miatt.	Szaruhártya ellenőrzése.
Szaruhártya épségének kockázata vírus vagy bakteriális duzzanat miatt.	Pozicionálás, orkezelés, orrecept alkalmazása.
Nehezített orrlégzés kockázata az ornyálkahártyák duzzanata miatt.	
Ürítési zavar.	
	ALÁÍRÁS:

Név: _____ F/N# _____
 Anyja neve: _____ TAJ: _____
 Születési idő: _____ év _____ hó _____ nap
 Állampolgárság/státusz*: _____
 Lakcím: _____

Felvétel ideje: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc
 A _____ S _____
 Vénnyomás: _____ / _____ Hgmm Pulzus: _____ /min. Légzés: _____ /min. Hő: _____ °C Ts: _____ kg
 Megjegyzés: _____

Eszmélet: somnolens [], sopor [], eszméletlen [],

Az intézmény az egészségügyi képzésben részt vevő hallgatók részére gyakorló terület.
 Gyermekem körhízi felvételébe beleegyezem és ezáltal az intézményt felhatalmazom a körhízi rutinvizsgálatok, gyógyszeres kezelés, vététel, kockázattal nem járó vizsgálatok, ápolói beavatkozások, radiológiai vizsgálatok elvégzésére, valamint egészségügyi ellátásommal összefüggő és személyes adataim kezelésére.

Megjegyzés: _____

Tudomásul veszem, hogy a nyilatkozatomban foglaltakat csak írásban vonhatom vissza.
 A betegjogi tájékoztatót, házirendet elolvastam és tudomásul vettem.

Kiskunhalas, 20

ápoló aláírása

édesanya aláírása

Ellenőrzve:

AZ ELHÁLÁLOZÁS ADATAI

A halál időpontja: 20 _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc Vizsgáló orvos: Dr. _____
 Távlat feladás: megjelölt címre , saját címre , nincs cím
 Ápoló intézmény értesítve (módja, ki, kinek, idő): _____
 Személyes közlés: _____
 Telefonos értesítés (ki, kinek, idő): _____
 Letartt készítette: _____
 Letartt elhelyezve: _____
 Labcedula felhelyezve Ápoló(k) aláírása: _____

Lázatlan: IGEN / NEM: _____
 Stabíl vitális paraméterek: IGEN / NEM: _____
 Fájdalommentes: IGEN / NEM: _____
 Kiegtítő étvágy, táplálék felvétel: IGEN / NEM: _____
 Kiegtítő étvágy, folyadék: IGEN / NEM: _____
 Vizelet ürítés rendben: IGEN / NEM: _____
 Székletürítés rendben: IGEN / NEM: _____
 Mobilitás rendben: IGEN / NEM: _____
 Bőr állapota rendben: IGEN / NEM: _____

Köldökcsomok: _____
 Vénabiztosítás: NINCS / VAN: _____
 NG tápszonda: NINCS / VAN: _____
 Tanácsadás, oktatási tevékenység: NEM / IGEN: _____

Megjegyzés: _____
 Távadás: családdal , betegszállító , OMSZ , betegszállító szolgálat
 haza , csecsemőotthon , osztály: _____, intézet: _____
 Kíséret: NEM / IGEN: _____
 Fokozott védőnői ellenőrzést igényel: NEM / IGEN: _____
 Védőnői szolgálat értesítve NEM / IGEN: _____
 Dátum: _____ kitöltő szakápoló: _____ vezető ápoló/helyettes: _____