

<p>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ 4η Υ.Π.Ε. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ - ΘΡΑΚΗΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ “ ΙΠΠΟΚΡΑΤ ΕΙΟ”</p>	<p>ΤΟΜΕΑΣ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΜΗΜΑ: ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ</p>
--	--

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: (κεφαλαία)	Αγόρι	Κορίτσι
ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ: (κεφαλαία)	Αριθμός Ταυτότητας:	
Ημερομηνία Ωρα:	Γέννησης:	
Ασφάλιση: ναι οχι	Εντός γάμου: ναι όχι συμφωνο συμβίωση	Αρ. Μητρ Μητέρας:
Ασφαλιστικός φορέας :	μονογονεϊκη συντροφος διαζευγμενη χηρα	Αρ. Μητρ Νεογνού:

Πατέρας:	όνομα	Ηλικία	επάγγελμα
	Τόπος γέννησης	Εθνικότητα	Εκπαίδευση (χρ): <6, δημοτ, γυμν, λύκειο, ΑΕΙ /ΤΕΙ
Μητέρα:	όνομα	Ηλικία	επάγγελμα
	Τόπος γέννησης	Εθνικότητα	Εκπαίδευση (χρ): <6, δημοτ, γυμν, λύκειο, ΑΕΙ/ΤΕΙ
Διευθυνση Αριθ:	κατοικίας:	ΤΗΛ: Οικία: Εργασία: Κινητό:	
Πολη :	νομοσ :		
ΤΚ:			
ιστορικό Οικογενειας (κληρονομικά νοσήματα, χρόνιες παθήσεις, συγ. Δυσπλασίες):			
Οικογενειακό ιστορικό φυματίωσης: όχι ΝΑΙ			
Ατομικό ιστορικό μητέρας (πριν την παρούσα κύηση):			
αλλεργια: όχι ναι εάν ναι, περιγράψτε			

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Αποβολές Νο:

Προηγούμενοι τοκετοί 5	1	2	3	4
6				
Ημερομηνία				
Διάρκεια κύησης (εβδ+ημερ)				
Τρόπος τοκετού / επιπλοκές				

Βάρος γέννησης (gr)						
Φύλο						
Ίκτερος (φωτοθεραπεία-ημ)						
Θηλασμός (διάρκεια)						
Αλλεργία στο ΓΑ						
Παρούσα κατάσταση						

Υπεύθυνος Μαιευτήρας.....				
Μαιευτήρας/ες				
Μαία σπουδάστρια..... /				
Αναισθησιολόγος.....				
Νεογνολόγος.....				
Ιπποκράτειο	Ομάδα μητέρας AB / O	αίματος A / B/	Rh : ΘΕΤΙΚΟ/ αρνητικό	Εμ. Coombs + / αρνητική
	Χορήγηση AntiD ΣΦΑΙΡΙΝΗΣ: WK:			
	Ομάδα νεογνού AB / O	αίματος A / B/	Rh : ΘΕΤΙΚΟ / αρνητικό	Αμ. Coombs /αρνητική
	HBsAg: αρνητικό	HCV: αρνητικό	HIV: αρνητικό	RPR: αρνητικό

ΚΥΗΣΗ

ΤΕΡ:	ΠΗΤ: ΤΕΡ: U/S 2 ^{ου} τριμήνου:	U/S 1 ^{ου} τριμήνου:
Σύλληψη: αυτόματη IVF / ICSI / Σπερματέγχυση/ Άλλα		
Μαιευτική παρακολούθηση: καλή / ανεπαρκής / καθόλου		Περίδεση τραχήλου : wk:
Κολπικό επίχρισμα για GBS (wk): + / αρν		
Υπέρταση (wk – max τιμές):		Προεκλαμψία (wk – max τιμές):
Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης: wk: gr: Τιμές: 0: 60: 120: HbA1C:		
Δίαιτα / ινσουλίνη (wk):		
IgM: Ημερ: + / αρν	CMV + / αρν	TOXO + / αρν ΕΡΥΘΡΑ
IgG : Ημερ:	CMV + / αρν	TOXO + / αρν

ΕΡΥΘΡΑ +/- αρν	
ΆΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:	
Κάπνισμα στην κύηση: ΟΧΙ ΝΑΙ (αριθ/ημ):	Κάπνισμα πριν την κύηση: ΟΧΙ ΝΑΙ (αριθ/ημ):
Αλκοόλ/ουσίες στην κύηση: ΟΧΙ ΝΑΙ	Περιγράψτε: Πρόγραμμα απεξάρτησης: ΟΧΙ ΝΑΙ
BMI(προ κύηση):	BΣ (προ κύηση): ΜΣ: ΒΣ
στην κύηση:	
Παρακολούθηση σεμιναρίου για έγκυες: ΟΧΙ ΝΑΙ(περιγράψτε)	
Εμβόλια στην κύηση: ΟΧΙ ΝΑΙ (περιγράψτε)	

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

U/S 1 ^{ου} τριμήνου (wk-παρατηρήσεις):	
U/S 2 ^{ου} τριμήνου (wk-παρατηρήσεις):	
U/S ανάπτυξης (wk-παρατηρήσεις):	
Doppler παθολογικά: Μητρίαία αρτηρία(wk):	Ομφαλική αρτηρία (wk):
Μέση εγκεφαλική αρτηρία(wk):	Φλεβώδης πόρος(wk):
Γονιδιακός έλεγχος εμβρύου: ΟΧΙ/ΝΑΙ Σύσταση λόγω: ηλικία/ιστορικό/US Αμνιοπαρακέντηση/ Free cell DNA/ Βιοψία τροφοβλάστης	
Προγεννητική διάγνωση συγ ανωμαλιών : ΟΧΙ ΝΑΙ	Εάν ΝΑΙ περιγράψτε:

ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Βηταμεθαζόνη/ δεξαμεθαζόνη (wk):		Εάν χορηγήθηκαν <24 ώρες, ορίστε ώρες:
Fe (wk):	Ασπιρίνη (wk):	ΤΟΚΟΛΥΤΙΚΑ:
Mg (wk):	T4(wk):	
Ca (wk):	Ηπαρίνη (wk):	ΑΝΤΙΒΙΩΣΗ:
Vit D (wk):		

ΤΟΚΕΤΟΣ

ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ: Έναρξη: ημερ.	ΠΡΟΚΛΗΤΟΣ (περιγράψτε):
--------------------------	-------------------------

PEY: Ημερ./ Ωρα:		ΚΤΕ:	
ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ: ΟΧΙ ΝΑΙ (περιγράψτε):			
ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ: ΔΙΑΥΓΕΣ / ΚΕΧΡΩΣΜΕΝΟ / ΔΥΣΟΣΜΟ / ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ		ΟΛΙΓΑΜΝΙΟ / ΠΟΛΥΑΜΝΙΟ	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΟΡΙΟΑΜΝΙΟΝΙΤΙΔΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : ΟΧΙ ΝΑΙ (πυρετος, λευκοκυτταρωση, >CRP):			
ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: εαν παθολογικός, περιγραψτε:			
ΦΑΡΜΑΚΑ (χρονος τελευταίας δόσης):		προσταγλανδίνη: πεθιδίνη:	
αναλγητικά:			
αντιβιωτικά:		oxytocin	
αλλα			

ΤΡΟΠΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ: ΦΤ / ΚΤ /ΣΙΚΥΑ/ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ Αιτία:			
ΠΡΟΒΟΛΗ: ΚΕΦΑΛΙΚΗ		ΙΣΧΙΑΚΗ ΜΙΚΤΗ ΣΧΗΜΑ : ΚΑΘΕΤΟ	
ΕΓΚΑΡΣΙΟ		ΛΟΞΟ	
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ:	ΡΑΧΙΑΙΑ / ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ / ΜΕΙΚΤΗ / ΓΕΝΙΚΗ		
ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΟΛ: ΑΜΕΣΑ		Σε: 30 sec / 1 min / 2 min / 3min	

ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Αριθμός: 1 / 2 / 3 ≥4	Βάρος:	Χρήζει ιστολογικής εξέτασης ; ΟΧΙ ΝΑΙ (αιτιολογήστε):
Αμνιακοί σάκοι: 1 / 2 / 3 ≥4		

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ

ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΟΧΙ ΝΑΙ

Κλινικά σημεία	0	1		2	γέννηση	30sec	1min	5min	10min	15min	20min
Αναπνοές	λείπουν	Αραιές, άρρυθμες	Καλές, κλάμα								
Σφύξεις	λείπουν	<100/λεπτό	>100/λεπτό								
Χρώμα	Κυανό, ωχρο	ακροκυάνωση	ροδαλό								
Μυϊκός τόνος	χαλαρός	Κάποια κάμψη άκρων	Ζωηρές κινήσεις								
Αντίδραση στα ερεθίσματα	καμμία	μορφασμός	Βήχας/πτέρνισμα								
		Σύνολο									

Σχόλια:	γέννηση	30sec	1min	5min	10min	15min	20min
	Οξυγόνο (%)						
	NCPAP						
	NCPAP-PPV						
	ETT-PPV						
	PIP (max)mmHg						

Εάν Apgar score<5 στο 5min, να γίνει ΟΒΙ	PEEP mmHg								
pH:	Γλυκόζη:	BPM /min							
pCO2:	Hct:	Θωρακικές συμπιέσεις							
pO2:	BE: Γαλακτικό:	Αδρεναλίνη							

ΕΠΑΦΗ ΜΗΤΕΡΑΣ/ΝΕΟΓΝΟΥ: Βλεμματική / Δέρμα-δέρμα
Διάρκεια(min):
ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΟΧΙ ΝΑΙ [Διάρκεια(min)]:
Παρουσία πατέρα/αλλων στον τοκετό: ΟΧΙ ΝΑΙ

ΜΕΤΑΦΟΡΑ

MENN ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΑΤΕΡΑ/ΑΛΛΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΟΧΙ ΝΑΙ

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ		
Θερμοκοιτίδα ΟΧΙ ΝΑΙ	Τ δέρματος:	Παλμικό οξύμετρο (SpO2) ΟΧΙ ΝΑΙ
NCPAP ΟΧΙ ΝΑΙ	NCPAP-PPV: Neo Puff Ambu MA	ETT-PPV: Neo Puff Ambu MA
Ενημέρωση ΜΕΝΝ ΟΧΙ ΝΑΙ	Μεταφορά συνοδεία: νεογνολόγου / εξειδ νεογνολόγου / παιδίατρου /ειδ. Παιδιατρικής	

1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ημερ.	Ωρα	ΒΓ(g):	ΕΘ:	ΜΣ(cm)	ΕΘ:	ΠΚ (cm)	ΕΘ:
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
ΕΠΙΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΣΤΗΚΑΝ:							
Εξειδικευόμενος Νεογνολογίας/Εξειδικευόμενος Παιδιατρικής				Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή			

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΞΟΔΟΥ

Ημερ. % απώλεια ΒΣ	Ωρα						ΒΣ(g)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
ΕΠΙΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΣΤΗΚΑΝ:							
Ενημέρωση γονέων από το Νεογνολόγο ΟΧΙ ΝΑΙ							
Συστάσεις:	• Επανελέγχος χολερυθρίνης ΟΧΙ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, ορίστε ημερ.						
Νεογνολόγος/ Νεογνολογίας	εξειδικευόμενος		Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή				

ΠΟΡΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ							
ΗΖ	1η	2η	3η	4η	5η	6η	7η
ΒΣ							
Προβλήματα							
Dstix (ώρα-τιμή)							
Hctφλ(ώρα-τιμή)							
Χολερυθρίνη (ώρα-τιμή)							
Εργ. έλεγχος							
Λευκά							
PLT							
ΔΕΚ/ΜΕ							

G6PD							
SGOT/SGPT							
Ουρία/κρεατ							
Na/K							
Ca/P							
ALP/ Mg							
Χολερ. ολ/αμ							
CRP							
ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ							
Νοσηλεία	Konakion						

Konakion 1 mg IM (υπογραφή):	Οφθαλμικές σταγόνες: ΟΧΙ ΝΑΙ
1^η κένωση (μηκόνιο): Ημερ: Ωρα:	1^η ούρηση: Ημερ: Ωρα:

ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ ΓΙΑ ΙΥΠ (PKU, TSH, G6PD, ΓΑΛΑΚΤΟΖΑΙΜΙΑ): Ημερ.
Υπογραφή

ΩΑΕ: Ημερ. Υπογραφή

Screening καρδιοπάθειας με παλμική οξυμετρία: Ημερ.
Ωρα: κφ/παθολογικο/επαναληψη
sPO2 δεξ χέρι: sPO2 άλλου άκρου:

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ-ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ

2d echo καρδιάς (ημερ, ιατροσ):

Echo νεφρών (ημερ):

Head U/S (ημερ. ιατροσ):

Σύσταση για echo ισχίων (ημερ.):

Σύσταση για επανέλεγχο: ΟΧΙ ΝΑΙ Εάν ΝΑΙ, πότε;

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η μητέρα επιθυμεί να θηλάσει; ΝΑΙ ΟΧΙ (να αιτιολογηθεί)

Η μητέρα έχει εμπειρία θηλασμού; ΝΑΙ ΟΧΙ

Η μητέρα ενημερώθηκε για το θηλασμό; 1. ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ 2. ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

1^{ος} θηλασμός: Ημερ:

Ωρα:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ							
ΗΖ	1η	2η	3η	4η	5η	6η	7η
ΒΣ							
Αποκλειστικός θηλασμός							
Φόρμουλα							
Μεικτή διατροφή							
Άλλο γάλα							
Αιτία χορήγησης φόρμουλας							
Προβλήματα με το θηλασμό							
Κενώσεις (αριθ.)							
Ουρήσεις (αριθ.)							

ΕΞΙΤΗΡΙΟ : Ημερ. :

Ωρα:

Ληξιαρχική πράξη γέννησης-προσκομίστηκε		ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΜΚΑ νεογνού:			
Στη μητέρα δόθηκαν οδηγίες για τη φροντίδα του μωρού της:		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Η μητέρα αξιολογήθηκε από τις κοινωνικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου:		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Το νεογνό παρέδωσε στη μητέρα: Μαία Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή	Το νεογνό παρέλαβε η μητέρα: Η μητέρα Όνοματεπώνυμο/Υπογραφή Ταυτότητα/Διαβατήριο μητέρας : ΑΤ: αριθ. Ημερομ. Έκδοσης Αρχή έκδοσης:		