

PŘEDPŘÍJEM K PORODU

Vážená nastávající maminko,

děkujeme, že jste se rozhodla vyplnit tento formulář, který usnadní administrativní úkony před vlastním porodem.

Přijímající porodní asistentka provede kontrolu zde obsažených informací. Prosíme, berte na vědomí, že v průběhu příjmu na Gynekologicko – porodnické oddělení budete podepisovat také potřebné dokumenty, jako jsou Informované souhlasy s přijetím k hospitalizaci, s poskytováním informací, Informovaný souhlas s porodem a s neodkladným císařským řezem*. Sestry z Neonatologického oddělení s Vámi budou následně konzultovat další administrativní záležitosti týkající se vašeho děťátka.

Těšíme se na Vás

Kolektiv porodních asistentek porodního sálu, Gynekologicko-porodnického oddělení

* Poslední dva zmiňované souhlasy si můžete předem přečíst na webových stránkách Nemocnice České Budějovice, a.s.

DOKUMENTY POTŘEBNÉ DO PORODNICE PŘI PŘIJETÍ



- Těhotenský průkaz
- Doklad totožnosti (občanský průkaz, pas, povolení k pobytu)
- Platný průkaz pojištěnce
- Prohlášení o jménu dítěte (formulář najdete také na našich webových stránkách)
- Zápis o určení otcovství z matričního úřadu (svobodné matky, které chtějí uvést otce do rodného listu dítěte)
- Oddací list (nemusí být úředně ověřená kopie)
- Doklad o rozvodu (rozvedené ženy)
- Lékařské zprávy vztahující se k těhotenství
- Doklad o pracovní neschopnosti



NOVOROZENECKÁ ČÁST

Příjmení dítěte*:

Jméno dítěte (vyplňte prosím obě varianty)

pro chlapce:

pro děvče:

Jméno a adresa registrujícího pediatra (PLDD):

*Příjmení dítěte sezdaného páru dle oddacího listu, nesezdaného páru dle Prohlášení o jméně dítěte (máte-li potvrzeno matričním úřadem)



VAŠE OSOBNÍ ÚDAJE

Příjmení, jméno, titul

Rodné příjmení:

Datum narození:

Místo narození:

Rodné číslo:

Rodinný stav:

Číslo OP (PAS, trvalý pobyt):

Zdravotní pojišťovna:

Krevní skupina a Rh faktor:

Pracovní pozice:

Adresa trvalého bydliště (dle OP):

Adresa přechodného bydliště:

Telefonní kontakt na Vás:

Jméno registrujícího praktického lékaře:

Jméno registrujícího gynekologa:

Název a adresa zaměstnavatele:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

základní i neukončené

vyšší odborné

střední bez maturity

vysokoškolské

střední s maturitou

KONTAKTNÍ OSOBA (nechcete-li uvádět svého partnera)



Příjmení, jméno, titul:

Vztah vůči Vaší osobě:

Adresa trvalého bydliště:

Telefonní kontakt:

OTEC DÍTĚTE



Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Místo narození:

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliště:

Telefonní kontakt:

Pracovní pozice:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

základní i neukončené

vyšší odborné

střední bez maturity

vysokoškolské

střední s maturitou

Zdravotní anamnéza:

Datum sňatku:



PORODOPIS

Přítomnost další osoby u porodu:

ANO

NE

Datum nástupu na mateřskou dovolenou:

Po kolikáté jste těhotná (vě. umělého přerušeni těhotenství, spontánního potratu či mimoděložního těhotenství)?

Po kolikáté budete rodit?

Počet lekcí těhotenských přednášek:

Počet lekcí těhotenského tělocviku:

Současná gravidita:

přirozené početí

asistovaná reprodukce (pokud je Vám známo, uveďte metodu asistované reprodukce)

Vaše zdravotní anamnéza

(např. Astma bronchiale – při potížích Ventolin 1 vdech, anémie v těhotenství)

Rodinná anamnéza (onemocnění srdce, vysoký krevní tlak, vrozené vývojové vady, onemocnění ledvin, cukrovka, rakovina, tuberkulóza, psychické onemocnění):

z Vaší strany:

matka:

otec:

sourozenci:

z partnerovy strany:

matka:

otec:

sourozenci

Prodělaná dětská a infekční onemocnění

(např. běžné dětské nemoci, rok 2000, mononukleóza)

Alergie (léky, desinfekce, potraviny):

NE

ANO – jaké?

Transfúze:

NE

ANO

Rok podání a důvod:

Užívané léky (druh, množství, denní dávkování):

Gynekologická onemocnění

(např. opakované mykózy, léčená sterilita, konizace děložního čípku v roce 2015)

Operace, úrazy

(např. 1998 autonehoda, zlomenina 2 bederních obratlů, 2015 artroskopie pravého kolene)

Sociální poměry

Užívání návykových látek:

NE

ANO - jaké?

Hmotná nouze:

NE

ANO - datum vystavení:

Kouříte:

NE

ANO - kolik cigaret denně?

Doplňující informace

Měsíčky od _____ let

pravidelné/nepřavidelné

Terapeutická dieta (např. diabetická, bezlepková):

Předchozí těhotenství

Porody, císařský řez, předčasný porod, potraty, mimoděložní těhotenství:

(např.: srpen/2018 porod císařským řezem ve 38. týdnu pro konec pánevní, CHLAPEC 3500g/50cm, žije, zdrav, s ničím se neléčí, kojen 6 měsíců, šestinedělí bez komplikací)

Současné těhotenství

Odběr plodové vody (amniocentéza):

NE

ANO - důvod odběru:

Provedení neinvazivního prenatalního testu (NIPT)

NE

ANO – důvod provedení?

Test na cukrovku (oGTT):

NEGATIVNÍ

POZITIVNÍ - druh terapie (např. dieta, léky, inzulín):

Byla Vám během těhotenství aplikována injekce antiD protilátkou (jen u matek Rh negativních)?

NE

ANO - datum aplikace:

Datum poslední menstruace:

Výška:

Váha před otěhotněním:

Současná váha: