

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 dítěátka.

Těšíme se na Vás

Kolektiv porodních asistentek porodního sálu, Gynekologicko-porodnického oddělení

DOKUMENTY POTŘEBNÉ DO PORODNICE PŘI PŘIJETÍ



- Těhotenský průkaz
- Doklad totožnosti (občanský průkaz, pas, povolení k pobytu)
- Cizinci: doklad o rodném čísle přidělené MVČR
- 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:

Pracovní pozice:

Adresa trvalého bydliště (dle OP):

Adresa přechodného bydliště:

Telefonní kontakt na Vás:

Jméno registrujícího praktického lékaře:

Jméno registrujícího gynekologa:

Zubní lékař:

Název a adresa zaměstnavatele:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

☐ základní i neukončené☐ vyšší odborné☐ střední bez maturity☐ vysokoškolské☐ střední s maturitou

Řidičský průkaz ANO / NE

Zbrojní průkaz ANO / NE

Krevní skupina a Rh faktor:**KONTAKTNÍ OSOBA (nechcete-li uvádět svého partnera)**

Příjmení, jméno, titul:

datum narození:

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

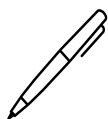
☐ střední bez maturity

☐ 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 (vč. umělého přerušení 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 2015 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/nepravidelné

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 3500 g/50 cm, žije, zdrav, s ničím se neléčí, kojen 6 měsíců, šestinedělí bez komplikací)

Současné těhotenství

Screening rizika PE (preeklapsie) a FGR (růstové restrikce plodu): ANO / NE

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: