



Vážená paní,

dovolujeme si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, díky kterému snížíme administrativní náročnost při Vašem přijetí. Níže uvedené informace slouží k vytvoření nezbytné zdravotnické dokumentace při příjmu na porodní sál. Pečlivé vyplnění dotazníku Vám během příjmu umožní soustředit se pouze na porod samotný a zvyšuje tak Vás komfort.

ÚDAJE O RODIČCE (matce dítěte):

Jméno a příjmení, titul:	Telefonní kontakt pacientky:
Datum narození, místo a okres:	Praktický lékař (jméno, příjmení):
Rodné číslo:	Gynekolog (jméno, příjmení):
Zdravotní pojišťovna:	Pracovní neschopnost (kdo a kdy vystavil): *
Stav:	
Trvalé bydliště dle občanského průkazu (okres, obec, ulice, číslo orientační i popisné):	Datum sňatku:
Číslo občanského průkazu:	Jméno a příjmení, titul otce dítěte: **
Zaměstnavatel:	Zaměstnavatel otce dítěte:
Pracovní pozice:	Pracovní pozice:
Nejvyšší dosažené vzdělání:	Nevyšší dosažené vzdělání:
Nejbližší příbuzný (manžel, matka): Jméno, příjmení: Adresa bydliště: Telefonní kontakt:	Nemoci k těhotenství přidružené (např. gestační DM, stav po IVF, chudokrevnost, evidence odborného lékaře – hematolog, infekční či bakteriální prodělané nemoci):



Anamnestické údaje:	
Rodinná anamnéza (závažná onemocnění v rodině pacientky i manžela – rodiče, sourozenci):	Alergie (antibiotika, jód, náplast, léky – případné projevy):
Závažná onemocnění v dětství:	Léky užívané v těhotenství nebo užívané dlouhodobě:
Osobní anamnéza (evidence v specializované ambulanci, důvod, kontroly):***	<p><i>K hospitalizaci si s sebou přineste léky v originálním balení, které aktuálně užíváte, především speciální nebo vzácné léky pro první dny pobytu, aby nebylo přerušeno jejich podávání, neboť nemusí být v pohotovostní lékárně oddělení nebo v ústavní lékárně k dispozici.</i></p>
Operace, úrazy (rok, jaké):	
Krevní transfuze: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, rok podání: - reakce po podání transfuze: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká:	Infekční onemocnění (mononukleóza, žloutenka): <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, kdy:
Gynekologická a porodnická anamnéza:	
Počet samovolných potratů (měsíc/rok):	
Počet uměle přerušovaných těhotenství = interrupce (rok):	
Mimoděložní těhotenství (rok): <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, rok:	



PŘEDCHOZÍ PORODY

Rok (u posledního porodu uveďte celé datum porodu):	Způsob vedení porodu (spontánní, operativní), příp. komplikace u porodu:	Pohlaví -váha/délka (např. hoch -3500/50):	Problémy v šestinedělí (krvácení – revize dutiny děložní, zánět prsu aj.)	Jak dlouho jste kojila? (v měsících):

Potíže v současném těhotenství (anémie, vysoký krevní tlak):

Genetické vyšetření: ***

- ne
 ano, kde, důvod:

Invazivní vyšetření v těhotenství (odběr plodové vody/ CVS): ***

- ne
 ano, název vyšetření, kde, důvod:

Hospitalizace ve zdravotnickém zařízení v průběhu těhotenství:

- ne
 ano, kde, důvod:

Účast na předporodním kurzu:

- ne
 ano, kde:
Cvičení, jóga:
 ne ano

Menstruace:

- pravidelná
 nepravidelná
 délka cyklu + délka krvácení (např. 28/5):

* v případě vystavení pracovní neschopnosti je nutné PN předat příjímácímu lékaři

**nutné doložení tiskopisu: „Zápis o určení otcovství k nenarozenému dítěti souhlasným prohlášením rodičů“

***lékařské záznamy doložit k těhotenskému průkazu



DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE POTŘEBNÉ K VYTVOŘENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU A DIAGNOSTICE

Máte významný handicap: ne ano, jaký:

Pohybová indispozice: ne ano Pomůcky: berle hůl protéza jiné:

Zraková indispozice: ne ano Pomůcky: brýle kontaktní čočky

Sluchová indispozice: ne ano Pomůcky: naslouchadlo jiné:

Vada řeči: ne ano, jaká:

Změna na kůži: ne ano, jaké: otoky ekzém hemoroidy jiné:

Porucha spánku: ne ano, zvyky:

Chronická bolest: ne ano, uveďte lokalizaci bolesti:

Strava: normální dieta, jaká:

Potíže s močením: ne ano, jaké: časté řezání pálení retence moči inkontinence

Potíže se stolicí: ne ano, jaké: nepravidelná zácpa průjem

Vyžadujete duchovní služby: ne ano

Uložíte si cennosti do nemocničního trezoru: ne ano

Potřebujete řešit svou sociální situaci: ne ano

Pád v anamnéze: ne ano

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím se zpracováním osobních údajů zde uvedených, se všemi uvedenými daty bude nakládáno v souladu s povinnostmi vyplývajícími ze zákona č. 101/2000 Sb., o ochranně osobních údajů a o změně některých zákonů.

Datum:

Podpis pacientky:

Děkujeme za spolupráci.
Kolektiv porodnického oddělení.