

Anamnestický dotazník rodičky pro příjem na porodní sál FN Ostrava

Níže uvedené informace slouží k vytvoření nezbytné zdravotnické dokumentace při příjmu na porodní sál. Pečlivé vyplnění dotazníku Vám během příjmu na porodní sál umožní soustředit se pouze na porod samotný a zvyšuje tak Váš komfort.

Vaše jméno a příjmení:	Jméno a příjmení otce dítěte:
Rodné příjmení:	Datum narození:
Datum narození:	Rodné číslo otce dítěte:
Rodné číslo:	Státní příslušnost:
Zdravotní pojišťovna:	Místo narození + okres:
Číslo občanského průkazu:	Telefon:
Rodinný stav:	Trvalé bydliště: (číslo orientační i popisné):
Datum sňatku:	
Nejvyšší dosažené vzdělání: Titul:	Nejvyšší dosažené vzdělání: Titul:
Zaměstnavatel:	Zaměstnání:
Vaše telefonní číslo:	Váš gynekolog (jméno, adresa):
Místo narození + okres:	
Státní příslušnost:	Váš praktický lékař (jméno, adresa):
Trvalé bydliště: (číslo orientační i popisné) :	Datum narození předchozího dítěte:
	Počet dětí v nynějším manželství:
Přechodné bydliště + PSČ:	Dětský lékař novorozence (jméno, adresa):
Nejbližší příbuzný+ tel. kontakt (manžel, matka):	Kam půjdete s dítětem po porodu, adresa:

Informace pro vytvoření ošetrovatelského plánu:

Může být rodina informována o přijetí:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				
Významný handicap:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				
		<i>Označte laskavě správnou odpověď:</i>			
Poškození zraku:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	brýle	čochky		
Poškození sluchu:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	naslouchátko			
Vada řeči:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	zubní protéza			
Porucha pohybového ústrojí:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	protéza	berle, hůl	vozík	

Anamnestický dotazník rodičky pro příjem na porodní sál FN Ostrava

Změny na kůži:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	otoky	proleženiny	jiné:	
Porucha spánku:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	zvyky:			
Chronická bolest:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	místo bolesti:			
Strava:	normální	vegetariánská	jiná		
Moč:	sám	inkontinence	močový katétr		
Stolice:	pravidelná	nepravidelná	průjem	zácpa	samovolný únik

Vyžadujete duchovní zajištění:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Snížení příjmu potravy v posledním týdnu:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Potřebujete řešit sociální situaci:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Uložíte si cennosti do trezoru?:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Údaje z nynějšího těhotenství:

Poslední menstruace:		Otěhotnění:	samovolné	umělé oplodnění
Předchozí pobyt v nemocnici:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	počet pobytů v nemocnici:		
Potíže v těhotenství:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaké?:		
Genetické vyšetření:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kde? Výsledek?:		
Invasivní vyšetření (amniocentéza/CVS):	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Účast na předporodním kurzu:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	počet cvičení:		

Anamnestické údaje:

Závažná onemocnění v rodině (rodiče, sourozenci):					
Závažná onemocnění v dětství:					
Onemocnění v dospělosti nebo sledování lékařem:					
Operace (uveďte také rok):					
Alergie (antibiotika, jód, náplast, atd.):					
Dlouhodobé užívané léky (včetně síly léku a dávkování preparátu):					
Krevní transfúze:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Byla reakce?:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Kouření:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kolik cigaret denně?:			
Gynekologické nemoci (cysty, zákroky na čípku, endometriosy, atd):					
Menstruace:	pravidelná	nepravidelná	dávka cyklu + délka krvácení:		
Počet samovolných potratů:					

Počet umělých přerušení těhotenství = interupcí:					
Počet mimoděložních těhotenství (uvedte také rok):					
Předchozí porody:	rok	způsob vedení porodu	váha / délka	problémy v šestinedělí	jak dlouho jste kojila?
<i>Např.:</i>	1998	spontánní hlavičkou	3500/50	bez problémů	3 měsíce

Instrukce pro vyplnění dotazníku:

Větší část dotazníku je nutno doplnit slovně.

U otázek typu „ANOxNE“ označte prosím křížkem správnou odpověď. Tam, kde nabízíme možnost, označte výběr zakroužkováním, podtržením nebo zvolte jiné zřetelné označení správné odpovědi.

K tomuto dotazníku přikládáme také Prohlášení pacienta, které si stejně tak můžete vyplnit pohodlně a v klidu doma.

Děkujeme Vám za čas strávený nad tímto dotazníkem a věříme, že jeho pomocí snížíme administrativní náročnost při Vašem přijetí.

Těšíme se na Vás

Kolektiv zaměstnanců Gynekologicko-porodnické kliniky FN Ostrava