

ОБМЕННАЯ КАРТА

Лечебное учреждение _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Телефон № _____

Шкала перинатального риска

Оценка в баллах		
До 12 недель	30 недель	37 недель

ОБМЕННАЯ КАРТА

I. Сведения женской консультации о беременной женщине

(заполняется на каждую беременную женщину и выдается на руки после первого обследования)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Год рождения _____ Адрес места жительства _____

Адрес прописки _____ тел. _____

3. Паспортные данные: серия _____ № _____, кем, когда выдан _____

Идентификационный номер _____

4. Место работы _____ профессия _____, проф. вредность _____

5. Группа наблюдения в соответствии с Белорусским государственным регистром лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС _____

6. Которая беременность _____, роды _____

7. Исходы и особенности течения предыдущих беременностей, родов, послеродового периода _____

8. Перенесенные общие и гинекологические заболевания, операции _____

9. Аллергологический анамнез _____

Гемотрансфузионный анамнез _____

10. Менструации с _____ лет; установились сразу, через _____ лет (подчеркнуть).

По _____ дней, через _____ дней. Дата последней менструации _____

11. Дата первого шевеления плода _____

12. Срок беременности при первом посещении женской консультации _____

Дата первого посещения женской консультации _____

13. Рост _____ вес _____ размеры таза _____ (при постановке на учет по беременности)

14. Положение плода _____ Предлежащая часть плода _____

15. Консультации специалистов:

врача-терапевта (1 консультация) _____

ЭКГ

дата	результат

Узи почек

дата	результат

врача-терапевта (2 консультация) _____

врача-оториноларинголога _____

врача-офтальмолога _____

врача-эндокринолога _____

врача стоматолога-терапевта _____

врача психотерапевта _____

других врачей-специалистов _____

17. Рекомендуемый метод родоразрешения _____, уровень родоразрешения _____
(организация здравоохранения) _____

18. Данные обследования в медико-генетической консультации _____

ультразвуковое исследование плода

Дата	Результат исследования
	Беремен. Нед.
	Беремен. Нед.
	Беремен. Нед.
	Беремен. Нед.

20. Данные лабораторного и инструментального обследования

а) группа крови беременной женщины _____ резус-принадлежность крови _____
группа крови мужа беременной женщины _____ резус-принадлежность _____

[illegible][illegible]

г) ВИЧ 1. от _____ № _____ отр. ВИЧ 2. от _____ № _____ отр.
ВИЧ мужа беременной женщины от _____ № _____ отр.

$$\begin{array}{l} 1. \sigma_T \frac{N_0}{\lg M} \frac{\lg G}{\lg G} \\ 2. \sigma_T \frac{N_0}{\lg M} \frac{\lg G}{\lg G} \end{array};$$

и) Цитомегаловирус: от _____ IgM _____ IgG _____,

1. от _____ № _____ HbsAg _____ HCV _____;
2. от _____ № _____ HbsAg _____ HCV _____.

м) Герпес от	lgM	lgG
--------------	-----	-----

о) анализ крови на сахар:

Дата	Результат (моль/л)

[illegible]

р) анализ мазков из цервикального канала и уретры на флору:

Дата	Лейкоциты	Эпителий	Флора	Лечение

с) биохимический анализ крови:

Дата	Общ. белок	Мочевина	Креатинин	Билирубин	АСТ	АЛТ	ЩФ	Fe	Ca	K	Na	Глюкоза	ГТТ	СРБ	Ферритин

т) коагулограмма:

Дата	Лейкоциты	Эпителий	Флора	Лечение
ПТИ				
АЧТВ				
Фибриноген				
МНО				
Протр. время				

р) флюорография родственников беременной _____

21. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам _____

22. Дата выдачи и номер листа нетрудоспособности по беременности и родам: _____

23. Дата предполагаемых родов _____

Врач акушер-гинеколог _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ БЕРЕМЕННОЙ
(дополнение к обменной карте беременной и родильницы)

Бак. исследование из влагалища на флору и чувст. к антиб., антимикотикам

Дата	Срок берем.	Результат посева (микрофлора)	Чувствительность к АБ	Лечение

Обследование на гонорею

Дата	Срок берем.	Результат посева (микрофлора)	Чувствительность к АБ	Лечение	Контроль

Посев из цервикального канала на Str B

Дата	Срок берем.	Результат посева (микрофлора)	Чувствительность к АБ	Лечение	Контроль

Обследование на ИППП

Дата	Срок берем/	Место проведения	Метод исследования	Результат исследования	Проведенное лечение (препараты)	Дата результата контроля извлеченности

Перенесенные инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности	Лечение (применяемые лекарственные средства)

25. Дневник наблюдений за беременной в 3 триместре беременности

Дата	Вес беременной	Срок беременности	Артериальное давление	Общий анализ мочи	Сердцебиение плода	Особенности; дата следующего посещения	Ф.И.О. врача

26. Особенности течения данной беременности (проводимое амбулаторное и стационарное лечение):

а) угроза прерывания беременности _____

б) токсикоз II половины беременности _____

в) острые респираторные инфекции _____

г) пиелонефрит беременных, обострение хронического пиелонефрита _____

д) гестационный сахарный диабет _____

е) кольпит _____

ж) анемия _____

з) прочие особенности _____

Врач акушер-гинеколог _____
 (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

ОБМЕННАЯ КАРТА

II. Сведения родильного отделения больницы о новорожденном

1. Наименование организации здравоохранения _____
2. Фамилия, имя, отчество родильницы _____
3. Адрес места жительства (места пребывания) _____

4. Наблюдалась в женской консультации _____
5. Дата родов _____
6. Ребенок родился от _____ по счету беременности, в сроке беременности _____ недель.
7. Предшествующие беременности закончились: абортами искусственными _____, абортами самопроизвольными _____, срочными родами _____, преждевременными родами _____, в том числе родами мертвым плодом _____
8. Группа наблюдения в соответствии с Белорусским государственным регистром лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС _____

9. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть), при многоплодных родах родился по счету _____

10. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) _____

Длительность периодов родов: I период _____; II период _____; безводный период _____

11. Течение послеродового периода у матери (заболевания) _____

12. Состояние матери при выписке из родильного дома _____

13. Сведения о ребенке:

пол ребенка _____, масса при рождении _____, при выписке _____, рост при рождении _____, окружность головы _____, большой родничок _____; состояние ребенка при рождении _____, оценка новорожденного по шкале Апгар _____, кричал сразу, нет (подчеркнуть); проводились ли меры по оживлению новорожденного (какие) _____

ребенок приложен к груди матери в родильном зале, на _____ день жизни (подчеркнуть);

вскармливание грудное, сцеженным молоком матери, донорским молоком (подчеркнуть). В случае

перевода на вскармливание донорским грудным молоком, смесями указать причину _____;

ребенок находился на совместном пребывании с матерью _____;

пуповина отпала на _____ день жизни; состояние пупочной ранки при выписке из родильного дома _____

во время пребывания в родильном доме ребенок болел _____

выписан домой на _____ сутки, переведен в _____

14. Данные лабораторного и инструментального обследования:

общий анализ крови _____

общий анализ мочи _____

группа крови и резус-фактор ребенка _____

обследование на фенилкетонурию _____

15. Физиологические и пограничные состояния, наблюдавшиеся у новорожденного

16. Консультации врачей-специалистов _____

17. Диагноз при выписке из родильного дома _____

18. Лечение _____

19. Вакцинация против вирусного гепатита В (вакциной Engerix-B) проведена, нет (подчеркнуть),

дата проведения вакцинации _____, если не проведена, указать причину _____

20. Противотуберкулезная вакцинация проведена, нет (подчеркнуть),

дата проведения вакцинации _____, если не проведена, указать причину _____

21. Состояние ребенка при выписке _____

22. Группа здоровья _____

23. Группа риска по _____

24. Рекомендации врача-неонатолога _____

25. Особые замечания _____

26. Дата выписки _____

Врач-педиатр (неонатолог) _____

(подпись)

(имя, отчество, фамилия)

ОБМЕННАЯ КАРТА

III. Сведения родильного отделения о родильнице

1. Наименование организации здравоохранения _____

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Адрес места жительства (места пребывания) _____

4. Паспортные данные: серия _____ № _____, кем выдан _____
5. Дата поступления в родильный дом _____. Дата родов _____
6. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения у матери и плода и другое) _____

7. Оперативные пособия в родах _____

8. Гемотрансфузии _____

9. Течение и осложнение послеродового периода _____

10. Выписан на _____ день после родов, переведена в _____ отделение
с ребенком, без ребенка (подчеркнуть)
11. Состояние матери при выписке _____
12. Рекомендации родильнице при выписки _____
13. Сведения о ребенке:
состояние ребенка при рождении _____

- в родильном доме _____, при выписке _____

- пол ребенка _____, вес при рождении _____,

при выписке _____, рост ребенка _____

14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть), показания: _____

15. Листок нетрудоспособности по беременности и родам № _____

с _____ по _____ показания _____

(в случае осложненных родов, рождении двух и более детей)

16. Рекомендации врачей-специалистов _____

17. Рекомендуемый период контрацепции _____

18. Особые замечания _____

19. Дата выписки _____

Врач акушер-гинеколог _____

(подпись)

_____ (имя, отчество, фамилия)

Тест шевеления плода «Считай до 10»

Тест движений плода «Считай до 10» осуществляет сама женщина ежедневно с 28 недели беременности и до родов. Показатели теста записываются в специальный лист. Такой простой контроль является информативным диагностическим методом и позволяет оценить состояние плода. При каждом посещении женской консультации беременная предъявляет заполненный лист.

Часы		28...40 недель (заполняется для каждой недели беременности)							Тест шевеления плода «Считай до 10»
		ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС	
9.00									Ф.И.О.
9.30									
10.00									
10.30									Адрес
11.00									
11.30									
12.00									Телефон
12.30									
13.00									Начато при сроке беременности _____ недель
13.30									
14.00									Движения плода начинайте считать с 9.00 утра. Когда почувствуете 10-е движение, отмечайте крестиком в графе таблицы, соответствующей дню недели (дни недели обозначены первыми буквами) время 10-го шевеления плода и больше шевеления плода не считайте. На следующее утро начинайте считать движения снова. Если с 9.00 до 21.00 почувствовали менее 10 движений, отметьте только их число за это время в нижней части таблицы. Запомните: Уменьшение движений плода или изменение их характера нужно рассматривать как симптом нарушения его состояния. Если в течение дня наблюдается менее 10 движений плода, немедленно обращайтесь к врачу.
14.30									
15.00									
15.30									
16.00									
16.30									
17.00									
17.30									
18.00									
18.30									
19.00									
19.30									
20.00									
20.30									
Число движений (менее 10)	9								
	8								
	7								
	6								
	5								
	4								
	3								
	2								
1									

Как правильно считать шевеления:

В течение суток вы должны насчитать не менее 10 эпизодов шевелений (то есть, если ваш малыш сначала пихнул вас, потом сразу же повернулся и потолкал – это учитывается как одно шевеление). Основой определения шевеления будет не количество движений, производимых малышом, а чередование активности (как группы движений, так и одиночных) и покоя.

Заметки

[illegible]

