

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.

Osobní informace

Matka	Otec
Vaše jméno a příjmení	Jméno a příjmení
Rodné příjmení	Datum narození
Datum narození	Rodné číslo
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
Zaměstnání	Datum narození předchozího dítěte
Vaše telefonní číslo	Počet dětí v nynějším manželství
Místo narození+ okres	Váš gynekolog (jméno, adresa)
Státní příslušnost	Váš praktický lékař (jméno, adresa)
Trvalé bydliště (číslo orientační i popisné)	Dětský lékař novorozence (jméno)
Nejbližší příbuzný+ tel. kontakt (manžel, matka)	

Anamnestický dotazník rodičky pro příjem na porodní sál FN Ostrava

Informace pro vytvoření ošetrovatelského plánu:

(Označte správnou odpověď)

Může být rodina informována o přijetí:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Významný handicap	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Poškození zraku	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Brýle <input type="checkbox"/> Čočky
Poškození sluchu	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Naslouchátko
Vada řeči	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Zubní protéza
Porucha pohybového ústrojí	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Změny na kůži	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Jaké: <input type="text"/>
Porucha spánku	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Zvyky <input type="text"/>
Chronická bolest	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Místo bolesti <input type="text"/>
Alergie	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Jaké: <input type="text"/>
Strava	<input type="checkbox"/> Normální	<input type="checkbox"/> Vegetariánská	<input type="checkbox"/> Jiná: <input type="text"/>
Moč	<input type="checkbox"/> Sám	<input type="checkbox"/> Inkontinence	<input type="checkbox"/> Močový katétr
Stolice	<input type="checkbox"/> Pravidelná	<input type="checkbox"/> Nepravidelná	<input type="checkbox"/> Průjem <input type="checkbox"/> Zácpa
Potřebujete řešit sociální situaci	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Uložení cenností do trezoru	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Vyžadujete duchovní zajištění	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	

Anamnestický dotazník rodičky pro příjem na porodní sál FN Ostrava

Údaje z nynějšího těhotenství

Poslední menstruace:						
Otěhotnění	<input type="checkbox"/>	Samovolné	<input type="checkbox"/>	Umělé oplodnění		
I Screening	<input type="checkbox"/>	Proveden	<input type="checkbox"/>	Neproveden		
Předchozí pobyt v nemocnici	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	Počet	
Potíže v těhotenství	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	Jaké?	
Genetické vyšetření	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	Kde? Výsledek?	
Invazivní 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)									
Onemocnění v dospělosti nebo sledování lékařem:									
Operace (uveďte také rok)									
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?				

Anamnestický dotazník rodičky pro příjem na porodní sál FN Ostrava

Gynekologické nemoci (cysty, zákroky na čípku, endometriosa, atd)

Menstruace

Pravidelná

Nepravidelná

Délka cyklu+ délka krvácení

Počet samovolných potratů

Počet umělých přerušeni těhotenství= interupcí:

Počet mimoděložních těhotenství (uveďte také rok)

Předchozí porody

Rok	Způsob vedení porodu	Váha/ délka	Problémy v šestinedělí	Jak dlouho jste kojila?

Např.:

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 Gynekologicko-porodnické kliniky