

## 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
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
Nejvyšší dosažené vzdělání      Titul	
Zaměstnání	Datum narození předchozího dítěte
Telefon	Počet dětí v nynějším manželství
Místo narození+ okres	Váš gynekolog (jméno, adresa)
Státní příslušnost	
Trvalé bydliště (číslo orientační i popisné)	Váš praktický lékař (jméno, adresa)
Nejbližší příbuzný+ tel. kontakt (manžel, matka)	Dětský lékař novorozence (jméno, adresa, telefon)

## Informace pro vytvoření ošetřovatelského 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	
Oložení cenností do trezoru	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Vyžadujete duchovní zajištění	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	

## Údaje z nynějšího těhotenství

Gynekologické nemoci (cysty, zákroky na čípku, endometriosu, atd.)

Poslední menstruace:	Otěhotnění <input type="checkbox"/>		Umělé oplodnění <input type="checkbox"/>
I Screening	<input type="checkbox"/> Proveden	<input type="checkbox"/> Neproveden	
Předchozí pobyt v nemocnici	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Počet <input type="text"/>
Potíže v těhotenství	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Jaké? <input type="text"/>
Genetické vyšetření	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Kde? Výsledek? <input type="text"/>
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 <input type="text"/>

## Anamnestické údaje:

Závažná onemocnění v rodině (rodiče, sourozenci)

Onemocnění v dospělosti nebo sledování lékařem:

Operace (uvedte 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? <input type="text"/>

Menstruace  Pravidelná  Nepravidelná Délka 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?

Např.:

1998	Spontánní hlavičkou	3500/50	Bez problémů	3 měsíce
------	---------------------	---------	--------------	----------

**Informace pro Oddělení neonatologie**

Jméno dítěte:  Dívka  Chlapec

Příjmení dítěte:

Preferovaná forma podávání vitamínu K (kanavit)  Injekcí do svalu  Ve formě kapek

Měla jste potíže s kojením u sourozenců novorozence?  Ano  Ne  Jaké?

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