

HISTORIA CHOROBY DZIECKA

Przyjęcie pacjenta do szpitala

Nr księgi głównej Nr księgi oddziałowej Oddział

Nazwisko i imię Płeć

PESEL Data urodzenia

Grupa krwi Ubezpieczenie

Miejsce zamieszkania

Data, godzina, minuty przyjęcia

Tryb przyjęcia: nagły ze skierowaniem nagły bez skierowania pilny planowy
(właściwe zaznaczyć)

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka (właściwe zaznaczyć)

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres, numer telefonu

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadku pacjenta w wieku 16-18 lat również podpis pacjenta

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam** do uzyskiwania dokumentacji dotyczącej dziecka

.....
imię i nazwisko, adres, numer telefonu

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadku pacjenta w wieku 16-18 lat również podpis pacjenta

Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się w Oddziale z Prawami i Obowiązkami Pacjenta (ustawa z dnia 6 listopada 2006 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadku pacjenta w wieku 16-18 lat również podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przyjęcie dziecka do oddziału

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadku pacjenta w wieku 16-18 lat również podpis pacjenta

Zostałem poinformowany, że za biżuterię, pieniądze i rzeczy wartościowe nie przekazane do depozytu szpital nie odpowiada

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadku pacjenta w wieku 16-18 lat również podpis pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

Źródłowe dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala.

wzrost	ciężar ciała	BMI	ciepłota	tętno	ciśnienie krwi

--

Badanie podmiotowe

Powód przyjęcia

Dolegliwości bólowe

Inne dolegliwości

Przebieg dotychczasowego leczenia

Stosowane leki

Uczulenia i idiosynkrazje

Przebyte choroby i operacje

Używk, dieta

Wywiad rodzinny i środowiskowy

Orientacja co do własnej osoby, czasu, miejsca

Ocena ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej

Rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego

.....

..... ICD 10

Plan opieki:

--

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza przyjmującegoWyrażam zgodę na proponowane leczenie dziecka
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadku pacjenta w wieku 16-18 lat również podpis pacjenta

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego wyznaczonego przez ordynatora.....

Imię i nazwisko pacjenta

Leczenie bólu i monitorowanie (w przypadkach wymagających leczenia bólu).....
Podpis i pieczęć lekarza**Wypis pacjenta ze szpitala****Rozpoznanie kliniczne**

Choroba zasadnicza

ICD 10

Choroby współistniejące

ICD 10

Powikłania

.....
Podpis i pieczęć lekarza**Opis zastosowanego leczenia, wyk. badań diagnostycznych i zabiegów
oraz operacji z podaniem ICD 9**.....
Podpis i pieczęć lekarza

Imię i nazwisko pacjenta

Epikryza**Adnotacja o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala (właściwe zakreślić)**

1. stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu.

2. na żądanie rodzica/opiekuna prawnego dziecka przebywającego w szpitalu

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadku pacjenta w wieku 16-18 lat również podpis pacjenta

3. odebrałem/am kartę informacyjną i zapoznałem się z zaleceniami

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadku pacjenta w wieku 16-18 lat również podpis pacjenta

Chory udaje się do

Adnotacja o zleceniu transportu sanitarnego (jaki)

Wypis pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu

Data zgonu, godzina, minuty

Przyczyna zgonu

Przyczyna bezpośrednia

Przyczyna wtórna

Zgon okołooporacyjny TAK NIE

Wyjściowa albo zewnętrzna urazu lub zatrucia

Adnotacja o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok (uzasadnienie)

Adnotacja o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów

Data wypisu

.....
Pieczęć i podpis lekarza wypisującego.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego oddziałem