

DOTAZNÍK PRO PŘÍJEM RODIČKY K PORODU DO NEMOCNICE KRNOV

Dobrý den,

Díky tomuto dotazníku snížíme administrativní náročnost při Vašem přijetí. Můžete si ho vyplnit v klidu doma a po přijetí se plně soustředit na porod. Děkujeme za Váš čas, strávený vyplněním následujících nezbytných otázek.

Otázky ano x ne prosím označte křížkem. Ostatní prosím dopište.

ÚDAJE O RODIČCE (matce dítěte)	
Jméno a příjmení:	Místo narození+ okres:
Rodné příjmení:	Státní příslušnost:
Datum narození:	Trvalé bydliště, dle Občanského průkazu: (číslo popisné i orientační, PSČ)
Rodné číslo:	
Zdravotní pojišťovna:	
Číslo občanského průkazu:	
Telefon:	Přechodné bydliště:
Rodinný stav:	
Datum sňatku:	
Titul:	Zaměstnání (pozice):
Nejvyšší dosažené vzdělání:	Zaměstnavatel:
Váš gynekolog (jméno a adresa):	Nastupuji z Mateřské dovolené, Od kdy jsem na MD:
Váš praktický lékař (jméno a adresa):	Nastupuji z Pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/>
	Datum narození předchozího dítěte:
Dětský lékař novorozence (jméno, adresa, telefon):	Počet dětí v nynějším manželství:
	Nejbližší příbuzný jméno+vztah k Vám. (matka, manžel)
Kam půjdete s dítětem po porodu? (adresa)	

ÚDAJE O OTCI DÍTĚTE	
Jméno a příjmení:	Místo narození+ okres:
Datum narození:	Státní příslušnost:
Rodné číslo:	Trvalé bydliště, dle Občanského průkazu (číslo popisné i orientační, PSČ)
Nejvyšší dosažené vzdělání:	
Titul:	Zaměstnavatel:
Telefon:	Zaměstnání (pozice):

ÚDAJE O NYNĚJŠÍM TĚHOTENSTVÍ		
Datum poslední menstruace:	Otěhotnění: <input type="checkbox"/> přirozené <input type="checkbox"/> umělé oplodnění	
Předpokládaný termín porodu:	Těhotenská cukrovka: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Stěr z pochvy (napsáno v průkazce těhotné):	<input type="checkbox"/> negat. <input type="checkbox"/> pozit.	
Pobyt během těhotenství 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?	
Invazivní genetické vyšetření (amniocentéza, CVS): <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Účast na předporodním kurzu: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Počet přednášek: Počet cvičení:	

ANAMNÉZA		
Závažná onemocnění v rodině (rodiče, sourozenci):		
Závažná onemocnění v dětství:		
Onemocnění v dospělosti nebo sledování lékařem:		
Operace (jaká a rok):		
Alergie (náplast, léky, dezinfekce, složky stravy, apod.):		
Užívané léky běžně (včetně síly (mg) a dávkování léků):		
Užívané léky v těhotenství (nezapomeňte na antibiotika):		
Gynekologické nemoci (cysty, endometrióza, zákroky na čípku..):		
Menstruace od kolika let: <input type="checkbox"/> Pravidelná <input type="checkbox"/> Nepravidelná	Uveďte délku cyklu:	délku krvácení:
Krevní transfuze: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud transfuze byla podána, vyskytla se reakce? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Kouření: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Kolik cigaret denně:	
Počet samovolných potratů:	Počet umělých přerušení těhotenství (interrupcí):	Počet mimoděložních těhotenství (uveďte i rok):

PŘEDCHOZÍ PORODY				
Rok	Způsob vedení porodu (např. spontánní / hlavičkou..)	Váha/délka/pohlaví (např. 3500/50/děvče, chlapec)	Problémy v šestinedělí	Jak dlouho jste kojila (v měsících)

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE (pro vytvoření ošetrovatelského plánu)				
Může být rodina informována o Vaší hospitalizaci?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne		
Máte významný handicap?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne		
Zraková indispozice	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> brýle	<input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/> jiné:
Sluchová indispozice	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Naslouchadlo	jiné:
Vada řeči	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Jaká?	
Pohybová indispozice	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Pomůcky: berle, hůl, protéza, jiné:	
Změny na kůži	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Otoky, proleženiny, jiné:	
Porucha spánku	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Zvyky:	
Chronická bolest	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Uveďte místo bolesti	
Strava	<input type="checkbox"/> Normální	<input type="checkbox"/> Vegetarián	<input type="checkbox"/> Jiná:	
Moč (vylučování)	<input type="checkbox"/> Normální	<input type="checkbox"/> Inkontinence	<input type="checkbox"/> Močový katétr	
Stolice (vylučování)	<input type="checkbox"/> Normální	<input type="checkbox"/> Inkontinence	<input type="checkbox"/> Průjem	<input type="checkbox"/> Zácpa
Vyžadujete duchovní služby?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Jaké:	
Potřebujete řešit sociální situaci?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Podpis rodičky:	

Je nutné k porodu donést kopii oddacího listu nebo dohodu o jméně dítěte.
Děkujeme.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím se zpracováním osobních údajů, zde uvedených (zpracování probíhá v souladu s GDPR).

**Upozornění: Tyto citlivé údaje by měly být chráněny. Veřejná e-mailová komunikace není považována za bezpečnou, existuje riziko zneužití. Chceme vás upozornit, že v tomto případě neneseme žádnou zodpovědnost za případné zneužití dat během tohoto způsobu komunikace. Z tohoto důvodu doporučujeme odevzdat dotazník osobně nebo poslat formou doporučeného dopisu.*