Приложение 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I патронаж медицинской сестры (акушерки ФАП).**  **Сведения о новорожденном**  **(заполняется медицинской сестрой, акушеркой ФАП)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | телефон | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
| Дата рождения | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата выписки "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. в возрасте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дней из роддома | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (названия медучреждения) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата получения извещения о новорожденном из роддома | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Сведения о родителях ко времени рождения ребенка: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | возраст | | | | | | | | Место работы, должность, телефон | | | | | | | | | | | | |
| Мать | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Отец | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Семейный анамнез. Полнота семьи: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Брак зарегистрирован: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Вредные привычки: мать | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | , отец | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| Образование: мать | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | , отец | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| Санитарно-гигиенические условия: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Жилищно-бытовые условия: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Данные флюорографии органов грудной клетки членов семьи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Жалобы матери: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Анамнез: ребенок от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ беременности, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Протекавшей (указать как): | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| С токсикозом | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ребенок родился доношенным, недоношенным, из двойни (подчеркнуть), дома (подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Роды нормальные, патологические (подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Оперативное вмешательство | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Роды: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | , в срок. | | | На | | | | |  | | | | | | | | | | | неделе. |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
| Вес при рождении: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , рост: | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| Вес при выписке: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | , оценка по шкале Апгар: | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Вакцинопрофилактика. БЦЖ: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Гепатит В: | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Аудилогический скрининг: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Неонатальный скрининг: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Кардиоскрининг: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Возраст в днях | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Температура тела: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | , ЧСС: | | | |  | | | | | | | | | , ЧДД: | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | |
| Вес |  | | | | | | | | | Рост | | | | |  | | | | | | | Окружность головы | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Окружность груди | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Жалобы | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Режим дня | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Вскармливание | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Кожный покров: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Видимые слизистые: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Состояние пупочного кольца, пуповинного остатка: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Половые органы: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Мочеиспускание: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Характер, кратность стула: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Частота купания | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Проведена беседа: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Рекомендации по уходу: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Рекомендации по вскармливанию: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Акушерка: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |