



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
BRNO

## Porodopis

(Záznam o těhotenství, porodu, potratu, šestinedělí)



Razítko ústavu

poř. číslo

rok

rodné číslo

Příjmení <i>UVA</i>		roz.: .....		Jméno, adresa, telefon nejbližších příbuzných (průvodce, žitel)		
jméno <i>XUVAUD</i>		datum narození .....				
Bydliště okres .....				Pracovní neschopnost od ..... do ..... Číslo potvrzení .....		
Stát. obč.	Stav	Č. obč. průkazu	kým vydán			
Zaměstnavatel provoz .....				Vystavil Dr. ....		
pracuje jako: .....						
Přijata dne ..... v ..... hod. .... grav. .... para, jako rodička, těhotná, nedělka, s potratem						
Propuštěna (přeložena, zemřela) dne ..... v ..... hod. od. dg. (stat. zn.) .....						
CHOROBY k těhotenství přidružené						
TĚHOTENSTVÍ prav., neprav. (dg.)				BWR .....		Pro výkaz (značkování)
prenatální péče: kde ..... od ..... měs. těhot. celkem ..... vyšetř.				Sk. krevní .....		
psychoprof. příprava (počet přednášek) ..... tělocvik .....				RH ženy .....		
				RH muže .....		
				Isoim .....		
POROD včasný, předčasný, opožděný, samovolný, indukovaný, medikamentózní s analgezií, operativní POTRAT samovolný, indikovaný, jiný						
dne ..... hod. .... v ..... měsíci ..... týdnu těhotenství						
odtok vody včasný, předčasný			Nepravidelnost (dg.)			
mechanismus			Léčení			
pánevní typ						
poranění (dg.)						
Šestinedělí (dg.)						
Převod krevní v těhotenství, při porodu, při potratu, v šestinedělí						
NOVOROZENEK (plod) hmotnost ....., délka ....., pohlaví ....., zralý, nezralý, vrozeně vadný, asfyk, mrtvý; zemřel v těhot. (v ..... týdnu) při porodu (před. příj., po příj.), po porodu (do 24 hod., do 48 hod., do 10 dnů) Klinická příčina smrti (pítevní nález) Přeložen (dg., kdy, kam).						

2

ANAMNÉZA: rodinná

dat. sňatku  
(otec dítěte)

choroby dětské a infekční

alergie:

choroby pozdější

transfuze:

choroby gynekologické

léky v grav.:

operace (úrazy)

kouření:

alkohol:

antikoncepce

poměry soc. a prac. zvl. v těhot.

Měsíčky od ..... let, typ ..... dní, prav., neprav., bolestivé

PŘEDCHOZÍ TĚHOTENSTVÍ (potraty, porody, šestinedělí, kojení, novorozenci)

NYNĚJŠÍ TĚHOTENSTVÍ (potíže, choroby)

Termín  
porodu

posl. měs. ....

Hospitalizována

první poh. ....

PŘUBĚH PORODU PŘED PŘIJETÍM (vnitř. vyš. a výkony)

PŘÍTOMNÝ STAV: výška ....., hmotnost před těhot. .... při přijetí ....., přibyla .....

teplota ....., tep ....., tlak ....., moč: B ....., C ....., H ....., Ubg .....

Nálezy na srdci, plicích a ost. těle (otoky, měščky aj.)

Pacientka byla informována o možnosti  
uložení genů v děloze.  
Datum: ..... Podpis: .....

PÁNEV: d. bisp. .... d. bicrist. .... d. bitroch. .... c. ext. .... c. diag. .... c. vera .....

VS			
	1	2	
SP		CTG	

ZEVNÍ A VNITŘNÍ VYŠETŘENÍ (rec., vag.) dne ..... v ..... hod. .... vyšetřil

ozvy plodu

POROD (POTRAT)	Trvání
I. porodní doba: začátek prav. stahů dne ..... v ..... hod., odtok plodové vody dne ..... hod. .... vedení a nepravidelnosti	
II. porodní doba: branka rozevřena dne ..... v ..... hod., porod plodu dne ..... hod. .... vedení a nepravidelnosti	Trvání
III. porodní doba: porod lůžka dne ..... v ..... hod., mechanismus vedení a nepravidelnosti	Trvání
lůžko: hmotnost, tvar, velikost, úplnost blány pupěčník	
	celkem .....

Menší operativní výkony

IV. (poporodní doba)

Ztráta krevní celkem (měřením, odhadem) ml. ....

Revize hrdla

Analgezie a anestezie

Zhodnocení bolestivosti porodu a chování rodičky

Porodní poranění (episiotomie)

ošetření

ošetřil

anestezie

NOVOROZENEK: tělesný vývoj (známky zralosti, nezralosti)

tělesný stav (asfyxie, poranění aj.)

kříslení

konfigurace a rozměry hlavy (aj. plod. část)

APGAR	0	1	2	Hodno. ent. as:		
Cítnost srdce:	žádná	pod 10 tepů za 1'	nad 100 tepů za 1'			
Dýchání:	žádné	pláč a nepr. v. l.	dobře, křik			
Tonus sval. sv.:	snížený	lehké sval. e. pohyb.	dobr. pohyb.			
Běrná:	mudrá bílá	tělo růžové kož. č. dobře	celé různé			
Reakce na podráždění:	žádná	křik	vl. křik			
			Čekání:			

kredence

ošetřila

porod vedl(a) lékař

porod. asist.

NÁLEZ PŘI PROPUŠTĚNÍ a návrh dalšího ošetření

Dne .....

.....  
podpis a jmenovka lékaře

Kontroloval .....  
datum, podpis a jmenovka lékaře



# TEPLOTKA

Fakultní porodnice, Ol

Jméno:

Rod. číslo:

Pojišťovna:

Datum:		
Teplota:		
39 °C		
38 °C		
37 °C		
36 °C		
TK, P:		
Stolice:		
Záznam lékaře:		
Dieta:		
Ordinace:		
Záznam sestry:		







**Ošetřovatelská dokumentace – rodičky**

Jméno / štítek/

Datum přijetí:

Pacientka – rodička byla informována, že za cennosti a mobil, které neuloží do trezoru na oddělení, personál neodpovídá. Je seznámena s právy pacienta, se zákazem nošení květin na oddělení.

Podpis pacientky.....

**Vnímání zdraví:**

příprava k porodu           ano    ne  
příprava otce u porodu    ano    ne  
plavání                    ano    ne  
alkohol v těhotenství    ano    ne

příprava ke kojení           ano    ne  
cvičení v těhotenství       ano    ne  
kouření v těhotenství       ano    ne  
drogy                        ano    ne

**Výživa:**

dieta  
stravovací zvláštnosti

**Sebepojetí:**

strach  
 úzkost  
 klidná

**Pohyblivost:**

soběstačná  
 částečně soběstačná  
 nesoběstačná

**Vyprazdňování :**

močení:  bez potíží  
 dysurie  
stolice:  pravidelná  
 zácpa  
klyzma :    **ano        ne**

**Vnímání kontrakcí :**

lokalizace:  
intenzita :  žádná  
 mírná  
 silná  
 nesnesitelná

**Spánek :**

spala                        ano    ne  
únava                        ano    ne

**Smyslové poruchy**

porucha zraku :    ano    ne  
porucha sluchu :   ano    ne  
porucha řeči :     ano    ne

Jiné zjištěné informace:

Diagnozy : Dg. Bolest v souvislosti s porodem  
Dg. Nedostatek informací  
Dg. Nedostatečná nebo žádná spolupráce klientky  
Dg. Porucha integrity tkáně z důvodu porodního poranění  
Dg. Smutek z důvodu intrauterinního úmrtí plodu  
Dg. Únava související s porodem  
Dg. Riziko infekce z důvodu zavedení flexily

3-116/10/0

razítko a podpis porodní asistentky



### Souhlas s hospitalizací

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce<sup>1</sup> .....

Klinika / oddělení: .....GPK – PS B

Seznámení provádějí zdravotnický pracovník: .....

Důvod hospitalizace: .....

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s důvodem hospitalizace a že s hospitalizací souhlasím.

**Současně prohlašuji**, že jsem byl(a) seznámen(a) s organizačně provozními podmínkami hospitalizace stanovenými domácím řádem a ostatními předpisy FN Brno a zavazuji se je dodržovat, zejména:

- při ukládání osobních věcí se budu řídit výslovnými pokyny přijímajícího zdravotnického pracovníka;
- peníze a jiné cenné věci (např. šperky, mobilní telefon apod.) omezím jen na nejnutnější minimum. Beru na vědomí, že peníze nad 500,- Kč a ostatní cenné věci mohou předat prostřednictvím přijímajícího zdravotnického pracovníka proti potvrzení do úschovy;
- budu dodržovat přísný zákaz vnášení zbraní;
- budu dodržovat zákaz kouření.

**Dále jsem byl(a) informován(a):**

- o možnosti získat za úplaty po skončení hospitalizace „Hospitalizační účet pacienta“. O vystavení tohoto účtu za úplaty mohou požádat prostřednictvím ošetřujícího personálu. Po vyplnění formuláře „Žádost o hospitalizační účet“ obdržím tento doklad v termínu do dvou měsíců poštou na adresu bydliště;
- o možnosti vyplnit Dotazník spokojenosti. Tento dotazník je k dispozici na požádání u ošetřujícího personálu nebo v elektronické podobě na webových stránkách FN Brno. Po vyplnění dotazník vhodte do označené schránky;
- v případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta, jsem byl informován o základní škole a mateřské škole, které působí při FN Brno a umožňuje mému dítěti výuku v základních předmětech v návaznosti na učivo probírané v daném ročníku školy po dobu jeho hospitalizace.

V Brně dne: .....

podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce) ..... zdravotnický pracovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod: .....

způsob projevu souhlasu: .....

Svědék: .....  
jméno a příjmení ..... podpis

<sup>1</sup> za nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce

**Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu**

podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a vyhlášky č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce<sup>1</sup> .....

Klinika / oddělení: ..... GPK, PS B .....

Zdravotnický pracovník, který záznam zpracoval: .....

Níže uvedeným osobám uděluji následující práva:

1) .....  
jméno, příjmení  
.....  
adresa, tel. číslo

- právo obdržet informace o mém zdravotním stavu:  ano  ne
- v rozsahu:  plném  omezeném – uveďte: .....
- způsob poskytování informací – uveďte: .....
- právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace:  ano  ne
- pořízení kopie nebo výpisu z mé zdravotnické dokumentace:  ano  ne
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, pokud tak nebudu s ohledem na svůj zdravotní stav schopna (schopna) učinit sám (sama)<sup>2</sup>  ano  ne  
(netýká se nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům)

<sup>1</sup> činí-li prohlášení zákonný zástupce<sup>2</sup> toto právo náleží v pořadí, v jakém pacient osoby uvedl





## ZPLNOMOCNĚNÍ

Já níže podepsaná.....

Identifikační štítek matky

Zplnomocňuji sociální pracovníci FN Brno Jindřišku Pařílkovou vedenou v evidenci FN Brno pod osobním číslem 6830, k nahlédnutí do sbírky listin k zápisu narození mého dítěte:

Identifikační štítek dítěte

vedené u Úřadu městské části města Brna, Brno-střed a činit výpisy z ní za přítomnosti matrikáře dle ustan. § 25, odst. 1, písm.a), zákona č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

V Brně dne:

.....  
podpis