

Karta obserwacji noworodka

(Intensywna Terapia i Patologia)

od godz. dn.
do godz. dn.

lek. dyż.
piel.
(inny nazwisko)
(inny nazwisko)

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Waga obecna

Ciepłota

| | 700 | 800 | 900 | 1000 | 1100 | 1200 | 1300 | 1400 | 1500 | 1600 | 1700 | 1800 | 1900 |
|----------------|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Godzina | | | | | | | | | | | | | |
| Typ wentylacji | | | | | | | | | | | | | |
| Terapietapia | | | | | | | | | | | | | |
| Fototerapia | | | | | | | | | | | | | |
| Pomiary | | | | | | | | | | | | | |
| 170 | | | | | | | | | | | | | |
| 150 | | | | | | | | | | | | | |
| 130 | | | | | | | | | | | | | |
| ♡ | | | | | | | | | | | | | |
| RR | | | | | | | | | | | | | |
| 110 | | | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | | | |
| f | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | |
| Saturacja | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura | | | | | | | | | | | | | |
| Wychłiny | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------|-------------|---|
| Bilans: | Dożylnie | - |
| | Dożoładkowo | - |
| | Mocz | - |
| | Stolec | - |

Karta obserwacji noworodka

(Intensywna Terapia i Patologia)

od godz. dn. lek. dyż. (imię i nazwisko)
 do godz. dn. piel. (imię i nazwisko)

| Nazwisko i imię | | Data urodzenia | | | | | | Waga obecna | | | | | | Ciepłota | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|
| | | 19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰ | | 20 ⁰⁰ - 21 ⁰⁰ | | 21 ⁰⁰ - 22 ⁰⁰ | | 22 ⁰⁰ - 23 ⁰⁰ | | 23 ⁰⁰ - 24 ⁰⁰ | | 24 ⁰⁰ - 1 ⁰⁰ | | 1 ⁰⁰ - 2 ⁰⁰ | | 2 ⁰⁰ - 3 ⁰⁰ | | 3 ⁰⁰ - 4 ⁰⁰ | | 4 ⁰⁰ - 5 ⁰⁰ | | 5 ⁰⁰ - 6 ⁰⁰ | | 6 ⁰⁰ - 7 ⁰⁰ | | |
| Godzina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Typ wentylacji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tlenoterapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródło bólu w skali PIPP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pomiary | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 170 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 130 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saturacja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wydaliny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bilans:

| | |
|-----------|---|
| Dożylnie | - |
| Dożyłkowo | - |
| Mocz | - |
| Stolec | - |

| | +/- | Aparat do znieczuleń | +/- | Sprzęt/aparatura dodatkowa | +/- |
|-------------------------|-----|--------------------------------|-----|--|-----|
| Stół operacyjny | | Zasilanie elektryczne | | Ssak sprawny | |
| Temperatura sali | | Test kontroli przepływu | | Cewniki do odsysania | |
| Oświetlenie | | Odciąg gazów | | Kardiomonitor/ pulsoksymetr/ kapnograf / aparat do pomiaru RR | |
| | | Wapno w pochłaniaczu | | Laryngoskopy/łyżki | |
| Zasilanie centralne O2 | | Filtry oddechowe | | Worek samorozprężalny Ambu/maski | |
| Zasilanie centralne AIR | | Test układu oddechowego | | Rurki intubacyjne/prowadnice/kleszczyki | |
| Próżnia | | Test szczelności w układzie | | Maski krtaniowe | |
| Butla rezerwowa tlenu | | Kalibracja czujnika tlenu 21% | | Defibrylator | |
| Butla podtlenek azotu | | Kalibracja czujnika tlenu 100% | | Zestaw do zn.przewodowych | |
| | | Parowniki-gazy anestetyczne | | Zestaw leków anestetycznych | |
| | | Wymiana wapna sodowanego | | Zestaw leków reanimacyjnych | |
| | | Wymiana czujnika tlenu | | Płyny infuzyjne | |
| | | Przepływomierze | | Strzykawki/igły/rękawiczki/aparaty do przetoczeń | |

+/- sprawdzono/sprawny

Stanowisko sprawdzone-przygotowane:

.....
Podpis pielęgniarki

.....
Podpis lekarza

UWAGI DO PRZEKAZANIA KOLEJNEJ ZMIANIE

ZALECENIA SERWISOWE

Wykorzystane środki i leki uzupełniono. Zużyty sprzęt wymieniono. Stanowisko gotowe do pracy.

.....
PODPIS PIELEŃNIARKI przekazującej

.....
PODPIS PIELEŃNIARKI przejmującej

| | +/- | Aparat do znieczuleń | +/- | Sprzęt/aparatura dodatkowa | +/- |
|-------------------------|-----|--------------------------------|-----|---|-----|
| Stół operacyjny | | Zasilanie elektryczne | | Ssak sprawny | |
| Temperatura sali | | Test kontroli przepływu | | Cewniki do odsysania | |
| Oświetlenie | | Odciąg gazów | | Kardiomonitor/ pulsoksymetr/ kapnograf / aparat do pomiaru RR | |
| | | Wapno w pochłaniaczu | | Laryngoskopy/łyżki | |
| Zasilanie centralne O2 | | Filtry oddechowe | | Worek samorozprężalny Ambu/maski | |
| Zasilanie centralne AIR | | Test układu oddechowego | | Rurki intubacyjne/prowadnice/kleszczyki | |
| Próżnia | | Test szczelności w układzie | | Maski krtaniowe | |
| Butla rezerwowa tlenu | | Kalibracja czujnika tlenu 21% | | Defibrylator | |
| Butla podtlenek azotu | | Kalibracja czujnika tlenu 100% | | Zestaw do zn.przewodowych | |
| | | Parowniki-gazy anestetyczne | | Zestaw leków anestetycznych | |
| | | Wymiana wapna sodowanego | | Zestaw leków reanimacyjnych | |
| | | Wymiana czujnika tlenu | | Płyny infuzyjne | |
| | | Przepływomierze | | Strzykawki/igły/rękawiczki/aparaty do przetoczeń | |

+/- sprawdzono/sprawny

Stanowisko sprawdzone-przygotowane:

.....
Podpis pielęgniarki

.....
Podpis lekarza

UWAGI DO PRZEKAZANIA KOLEJNEJ ZMIANIE

.....

.....

ZALECENIA SERWISOWE

Wykorzystane środki i leki uzupełniono. Zużyty sprzęt wymieniono. Stanowisko gotowe do pracy.

.....
PODPIS PIELĘGNIARKI przekazującej

.....
PODPIS PIELĘGNIARKI przejmującej

Nazwisko i imię wiek lat masa ciała kg wzrost cm grupa krwi: Rh (.....)

Rozpoznanie Planowana operacja stopień ryzyka wg. ASA

Operacja: plan-wa nagła dyżurowa Data / / nr historii choroby / /

Przedoperacyjna ocena stanu chorego

Przebyte operacje:

Układ oddechowy:

dolegliwości: brak

osłuchowo: bez zmian

rg kł. piersiowej: bez zmian

saturacja / gazometria:

Układ krążenia:

dolegliwości: brak

ciśnienie tętnicze: / mm Hg.

tętno: /min.

EKG: bez zmian

echo serca:

Inne narządy:

Wyniki badań laboratoryjnych:

Hb/Ht: APTT: kreatynina:

K⁺: Na⁺: glukoza:

Uwaga!!!

"pełny żołądek" trudna intubacja

"trudny kręgosłup" zylaki kł. dolnych

uczulenia

Premedykacja:

na noc:

rano:

Uwagi:

czas

O₂
MV (l/min)
EICO₂
SaO₂ (%)

ciśnienie tętn.:
skurczowe ▽ 160
rozkurczowe ▽ 140
tętno *

znieczulenie:
indukcja ▽ 100
zakonczenie ▽ 80

operacja:
początek ▽ 60
koniec ▽ 40

leki i płyny

Śródoperacyjna utrata (ml):

krew:

mocz:

inne:

razem:

Dane dotyczące znieczulenia:

Kaniulacja:

żyła:

tętnica:

Indukcja:

Znieczulenie:

ogólne złożone

ogólne wziewne

ogólne dożylnie

Intubacja: nie tak

Znieczulenie przewodowe:

zewnątrzooponowe

ciągłe

podpajęczynówkowe

zakres:

spłot ramienny

Anestezjolog:

Pielęgniarka:

Operator:

Scamkopszu

