

KARTA NOWORODKA – str.2

Nazwisko i imię, Pesel
Znak identyfikacyjny

DATA	OBSERWACJE LEKARSKIE	ZALECENIA PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

Potwierdzam zaopatrzenie narodzonego dziecka znakiem identyfikacyjnym.....

Oddział nr księgi głównej/ rok

Potwierdzam zgodność znaku identyfikacyjnego noworodka ze znakiem identyfikacyjnym matki.

Podpis pielęgniarki/położnej/lekarza.

Nazwisko i imię, Pesel
Znak identyfikacyjnych

BADANIE PULSOKSYMTRYCZNE:

DATA / GODZIANA	SATURACJA	CZYNNOŚĆ SERCA	Podpis, pieczęćka pielęgniarki

PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO

LEKARZ.....

POŁOŻNA ŚRODOWISKOWA.....

.....
* Podpis opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na szczepienia ochronne wg obowiązującego kalendarza szczepień u mojego dziecka bez mojej obecności.

.....
Data i podpis opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgody na szczepienia ochronne wg obowiązującego kalendarza szczepień u mojego dziecka

.....
Data i podpis opiekuna prawnego

Inne.....

.....
Data i podpis opiekuna prawnego

Po stwierdzeniu zgodności danych ze znakami tożsamości noworodka z autentycznością mojego dziecka odbieram noworodka ze szpitala SP ZOZ Wolsztyn Oddziału Neonatologicznego. Oświadczam, iż otrzymałam informację od lekarza, pielęgniarki nt. szczepień ochronnych, karmienia, pielęgnacji, badań przesiewowych i dalszego postępowania z noworodkiem w domu. Kwituję odbiór książeczki zdrowia dziecka, książeczki szczepień i karty informacyjnej leczenia szpitalnego. Informacja o zleceniu transportu medycznego lub transportu wyjazdowym sanitarnym zespołem typu „N”;

Opaskę ze znakiem identyfikacyjnym wydano opiekunowi prawnemu.

Podpis pielęgniarki/położnej wydającej dziecko

Czytelny podpis matki, ojca dziecka/ opiekuna prawnego

.....
.....

.....
.....