

PODATKI O PACIENTKI

Ime: _____
Priimek: _____
Datum rojstva: _____
Nosečnost: _____
Porod: _____
Datum zadnje menstruacije: _____ Termin poroda: _____

PREGLED MEDICINSKE SESTRE DNE, _____; OB _____ URI

Tedni nosečnosti: _____ **ted** **dnevi**
Meritev fundus / simfiza: _____
Krvni pritisk ženske: _____
Urin: **bp** **patološki**
Abdomen odgovarja velikosti nosečnosti: **da** **ne**
Našteje 10 gibov: **da** **ne**
Podatki vpisani v materinsko knjižico: **da** **ne**

RAZLOG PRIHODA

- Drugo:**
- Redna kontrola, posebnih težav ne navaja
 - Potermimska nosečnost
 - Kontrola izvidov
 - Sum na patologijo v nosečnosti, poslana od izbranega ginekologa
 - Suspekten laboratorijski izvid
 - Suspekten ultrazvočni izvid
 - Bolečine v spodnjem delu trebuha
 - Kratek maternični vrat
 - Prezgodnji predčasni razpok mehurja
 - Krvav izcedek iz nožnice
 - Sum na prezgodnji porod
 - Sum na preeklampsijo
 - Sum na manjšo rast ploda
 - Bolezen matere
 - Sladkorne bolezni v nosečnosti
 - Težave po porodu
 - Sveža okužba s toxoplazmozo

UZ

Vstava:
Posteljica:
Plodovnica:
BPD:
AC:
FL:
Dopler art umb:
Drugo:

Drugi ugotovitve:

Recepti:

NAJBLIŽINE PREISKAVE

KKS
Nativni urin
Sanford
Jetrni testi
Koagulogram

Kontrola

Da, pri nas
Da, pri izbranem gin

Datum kontrole:

Navodila:

- Splošna navodila
- Navodilo ob povišanem RR
- Navodilo za nosečnice z GDM
- Priporočilo za bol.stalež
- Kajenje

DIAGNOZA: