

11. Пол ребенка: жен., муж., масса (вес) при
рождении _____ при выписке _____
рост при рождении _____ см

12. Состояние ребенка:
при рождении - оценка по шкале Апгар _____
закричал – сразу, нет (*подчеркнуть*) _____

проводились ли меры по оживлению
(какие) _____

в родильном доме - приложен впервые к груди
на _____ день жизни;
вскармливание - грудное, сцеженным молоком
матери, донора (*подчеркнуть*) _____
в случае перевода на вскармливание донорским
грудным молоком указать причины _____

пуповина отпала на _____ день жизни.
Не болел, болел (*подчеркнуть*) _____

Диагноз _____

Лечение _____

При выписке _____

13. Противотуберкулезная вакцинация проведена полностью, нет (*подчеркнуть*), если нет, то указать причину _____

14. Рекомендации _____

15. Особые замечания _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Врач акушер-гинеколог _____
Врач педиатр _____

11. Состояние ребенка
при рождении _____
в родильном доме _____
при выписке _____

12. Масса (*вес*) ребенка
при рождении _____ при выписке _____

13. Рост ребенка при рождении _____

14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет
(*подчеркнуть*)
показания _____

[illegible][illegible]

« » 20 г.
Врач акушер-гинеколог

ЛИСТ ДЛЯ ПОДКЛЕЙКИ АНАЛИЗОВ
И ДРУГИХ ДОКУМЕНТОВ

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Минздрав РФ	Медицинская документация
Наименование учреждения	форма № 113/У утв. Минздравом СССР 04.10.80 № 1030

ОБМЕННАЯ КАРТА

Родильного дома, родильного отделения больницы.
Сведения женской консультации о беременной.
*(заполняется на каждую беременную
и выдается на руки в 32 недели беременности)*

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Возраст _____ 3. Адрес _____

4. Перенесенные общие, гинекологические
заболевания, операции _____

5. Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода _____

6. Которая беременность _____ роды _____
7. Было абортов _____

указать какие

Год _____ на каком сроке _____

8. Преждевременные роды ____ год ____ срок ____
срочные роды _____

9. Последняя менструация _____
число, месяц, год

10. Срок беременности _____
недель при первом посещении _____
« ____ » _____ 20 ____ г.

11. Всего посетила _____

12. Первое шевеление плода _____

число, месяц, год

13. Особенности течения данной беременности ____

14. Размеры таза _____

D.Sp _____ D. Cr _____ D. troch _____

C. ext _____ C. diag _____ C. vera _____

Рост _____ Масса (век) _____

при первой явке

Образец ОБМЕННАЯ КАРТА

*Родильного дома,
родильного отделения
больницы. Сведения
женской консультации о
беременной на сайте
<https://cityblank.ru>*

*Типография Сити Бланк
<https://cityblank.ru>. Журналы и бланки /*

*Удостоверения / Знаки и наклейки /
Стенды*

