

za mesiac rok

č.

Por. d.

Anonymný pôrod

1 áno 2 nie

Spravodajská jednotka doručí formulár do 10. kalendárneho dňa nasledujúceho mesiaca po narodení dieťaťa na adresu:

Národné centrum
zdravotníckych informácií
Lazaretská 26
811 09 Bratislava

IČO ZZ		Kód poskytovateľa ZS		Č. pôr. knihy/por.č. pôrodu	
IČO MN ZZ		Kód poskytovateľa ZS MN		Kód ZP	

1. Identifikácia	Priezvisko, meno dieťaťa	Rodné číslo			Ohrozená skupina
	Priezvisko, meno matky	Rodné číslo			
	Bydlisko matky - trvalé*(obec, ulica, č.)	Kód*			1 <input type="checkbox"/> áno
	Bydlisko matky - prechodné*(obec, ulica, č.)	Kód*			2 <input type="checkbox"/> nie

2. Pôrodná sála	Antenálne steroidy	Clifford	Spôsob pôrodu	Poloha plodu	Trofika
	1 <input type="checkbox"/> žiadne 3 <input type="checkbox"/> úplné ≤ 7 dní do pôrodu 2 <input type="checkbox"/> neúplné 4 <input type="checkbox"/> úplné > 7 dní do pôrodu	<input type="checkbox"/>	6 - SC pred pôrodom indikovaná 1 - spontánny 7 - SC pred pôrodom akútna 2 - fórceps 8 - SC počas pôrodu akútna 3 - VE 9 - extrakcia	1 <input type="checkbox"/> hlavička 2 <input type="checkbox"/> KP 3 <input type="checkbox"/> šikmá 4 <input type="checkbox"/> priečna	1 <input type="checkbox"/> eutrofia 3 <input type="checkbox"/> hypertrofia 2 <input type="checkbox"/> hypotrofia
	Dátum a čas narodenia dieťaťa (DD,MM,RR,HOD,MIN)	Vitalita	Pohlavie	Apgar skóre	pH
	Pôrodné údaje hmotnosť (g) dĺžka (cm) gestačný vek	1 <input type="checkbox"/> živonarodené 2 <input type="checkbox"/> úmrtie pred pôrodom 3 <input type="checkbox"/> úmrtie počas pôrodu	0 <input type="checkbox"/> nezistené 1 <input type="checkbox"/> mužské 2 <input type="checkbox"/> ženské	1. min. <input type="checkbox"/> 5. min. <input type="checkbox"/>	BE <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> arteriálna 2 <input type="checkbox"/> arterializovaná
	Epikríza prenatálnej a perinatálnej anamnézy (RA, OA matky, gyn.-pôr. anamnéza, terajšie tehotenstvo, plod, pôrod, dojčenie) – viď str. 2				

3. Oddelenie	Dátum a čas prijatia dieťaťa (DD,MM,RR,HOD,MIN)	Vybrané choroby a komplikácie	Liečba - dni:	Liečba na sále	Skríning
	Úsek/ošetrovacie dni	01 <input type="checkbox"/> PIVH III. st. so shuntom / IV. st. 02 <input type="checkbox"/> cPVL 03 <input type="checkbox"/> HIE II./III. st. 04 <input type="checkbox"/> kŕče 05 <input type="checkbox"/> atrofia mozgu 06 <input type="checkbox"/> NAS 07 <input type="checkbox"/> ROP III.-V. st. alebo operácia 08 <input type="checkbox"/> meningitis 09 <input type="checkbox"/> včasná sepsa	01 <input type="checkbox"/> O ₂ 02 <input type="checkbox"/> CPAP 03 <input type="checkbox"/> CMV 04 <input type="checkbox"/> HFO 05 <input type="checkbox"/> TPN 06 <input type="checkbox"/> drenáž PTX 07 <input type="checkbox"/> NO 08 <input type="checkbox"/> Surfactant typ: 1 <input type="checkbox"/> profylakticky 2 <input type="checkbox"/> terapeuticky	1 <input type="checkbox"/> odsatie 2 <input type="checkbox"/> O ₂ 3 <input type="checkbox"/> UPV maskou 4 <input type="checkbox"/> intubácia 5 <input type="checkbox"/> masáž srdca 6 <input type="checkbox"/> lieky 7 <input type="checkbox"/> bronchiálna laváž	1 <input type="checkbox"/> FKU/KH/CAH/CF 2 <input type="checkbox"/> bedrové kĺby 3 <input type="checkbox"/> retentio testes 4 <input type="checkbox"/> pulz na a. fempral 5 <input type="checkbox"/> neurologický 6 <input type="checkbox"/> USG mozgu 7 <input type="checkbox"/> USG obličiek 8 <input type="checkbox"/> zrak 9 <input type="checkbox"/> sluch
	SNAP II	Ošetrované s matkou	09 <input type="checkbox"/> liečba PDA spôsob: 1 <input type="checkbox"/> reštrik. tekutín 2 <input type="checkbox"/> lieky 3 <input type="checkbox"/> ligácia	10 <input type="checkbox"/> výmenná transfúzia dôvod: 1 <input type="checkbox"/> hyperbilirubinémia 2 <input type="checkbox"/> sepsa 3 <input type="checkbox"/> iné	11 <input type="checkbox"/> operácia pre dg.:
	NBRS skóre	10 <input type="checkbox"/> neskorá sepsa 11 <input type="checkbox"/> NEC II./III. st. 12 <input type="checkbox"/> DIC 13 <input type="checkbox"/> RDS 14 <input type="checkbox"/> EAA 15 <input type="checkbox"/> BPD 16 <input type="checkbox"/> závažný PDA 17 <input type="checkbox"/> PPHN 18 <input type="checkbox"/> šok			

4. Prepustenie, preklad, úmrtie	Dátum a čas prepustenia, prekladu, úmrtia (DD,MM,RR,HOD,MIN)	Dôvod ukončenia SON	Odporúčané sledovať	08 <input type="checkbox"/> USG mozgu
	Hodnoty pri prepustení, preklade, úmrtí hmotnosť (g) obvod hlavy (cm)	01 <input type="checkbox"/> domov 02 <input type="checkbox"/> neonatol. prac. 03 <input type="checkbox"/> kardiocentrum 04 <input type="checkbox"/> detská chirurgia 05 <input type="checkbox"/> iné pracovisko 06 <input type="checkbox"/> DO	07 <input type="checkbox"/> DÚ 08 <input type="checkbox"/> hosp. do 92 dní 09 <input type="checkbox"/> úmrtie - neonat. prac. 10 <input type="checkbox"/> úmrtie - iné odd. 11 <input type="checkbox"/> úmrtie - pôrodná sála 12 <input type="checkbox"/> úmrtie - mimo ZZ	04 <input type="checkbox"/> ortopéd 05 <input type="checkbox"/> nefrológ 06 <input type="checkbox"/> oftalmológ 07 <input type="checkbox"/> genetik
	Výživa		Prevoz	Realizácia prevozu
	1 <input type="checkbox"/> materské mlieko 3 <input type="checkbox"/> parenterálna 2 <input type="checkbox"/> umelá 4 <input type="checkbox"/> žiadna		1 <input type="checkbox"/> plánovaný 2 <input type="checkbox"/> urgentný	1 <input type="checkbox"/> in utero < 24 hod. 2 <input type="checkbox"/> in utero 24 - 48 hod. 3 <input type="checkbox"/> in utero > 48 hod.
	Diagnózy pri prepustení, preklade, úmrtí		Skóre pred prevozom <input type="checkbox"/> po prevoze <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> transportný tím pri pôrode 5 <input type="checkbox"/> dieťa < 2 hod. 6 <input type="checkbox"/> dieťa 2 - 6 hod. 7 <input type="checkbox"/> dieťa > 6 hod.
	Preklad - názov ZZ a pracoviska			

5. Úmrtie	Pitva	Závery patologického anatóna	Etiológia exitu perinatologickej	Etiológia exitu neonatologickej
	1 <input type="checkbox"/> áno 2 <input type="checkbox"/> nie	I.a <input type="checkbox"/> I.c <input type="checkbox"/> I.b <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> RD 4 <input type="checkbox"/> infekcie 5 <input type="checkbox"/> ostatné
	Priezvisko, meno a podpis vedúceho lekára pracoviska			

Dátum ukončenia SON	Správu vyplnil	Podpis	Pečiatka
---------------------	----------------	--------	----------

* Kód bydliska podľa klasifikácie štatistických územných jednotiek SR (Vyhľadka MZ SR č. 107/2015 Z. z. z 22. mája 2015)

krížikom je prípustné označiť viac možností

krížikom je prípustné označiť len jednu z možností

Epikríza prenatálnej a perinatálnej anamnézy (RA, OA matky, gyn.-pôr. anamnéza, terajšie tehotenstvo, plod, pôrod, dojčenie):

Epikríza a odporúčania: