

Adresat: MINISTERSTWO ZDROWIA; Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów
Przekazać w terminach przewidzianych w programie badań statystycznych statystyki publicznej

Numer w KRN	
MZ/N-1a KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO	
1. Nazwa i adres jednostki—pieczętka z numerem REGON	2. REGON (cz. I resort. kodu identyf.)
3. PESEL	
4. Data urodzenia dzień miesiąc rok	
5. Płeć ☐ mężczyzna ☐ kobieta	
6. Obywatelstwo ☐ polskie ☐ obcokrajowiec Kraj pochodzenia	
7. Nazwisko	
8. Imię	
ADRES	
9. Miejscowość	
10. Kod pocztowy	
11. Ulica, nr domu, nr mieszkania	
12. Kod TERYT	
13. Województwo	14. Powiat
15. Gmina	
15. Ukończona szkoła ☐ bez wykształcenia ☐ podstawowa ☐ gimnazjum ☐ zasadnicza zawodowa ☐ średnia ☐ policealna ☐ wyższa	
17. DATA ROZPOZNANIA dzień miesiąc rok	
DATA PRZYJĘCIA	
18. do ambulatorium dzień miesiąc rok	21. DATA ZGONU dzień miesiąc rok
19. do szpitala dzień miesiąc rok	22. Miejsce zgonu 23. Przyczyna zgonu 24. Kod przyczyny zgonu ICD-10
20. Data wypisu dzień miesiąc rok	☐ szpital ☐ nowotwór wyjściowa
	☐ dom ☐ inna wtórna
	☐ inne bezpośrednia

25. ROZPOZNANIE KLINICZNE: ICD-10	26. Rozpoznanie histopatologiczne	27. Kod histopat.
Opis i lokalizacja nowotworu:	☐ Nie pobrano materiału do badania	
.....	☐ Pobrano wycinek (badanie w toku)	
.....	☐ Wynik negatywny (nie potwierdzono nowotworu)	
.....	☐ Wynik pozytywny (potwierdzono nowotwór)	
28. Nowotwór ☐ pojedynczy ☐ mnogi ☐ przerzut	Data wyniku dzień miesiąc rok	
29. Miejsce przerzutu:	Typ histologiczny:	
30. Data przerzutu dzień miesiąc rok		
31. Strona ciała ☐ prawa ☐ lewa ☐ obie strony	34. Stopień zaawansowania	35. Stadium zaawansowania
32. Kod zaawansowania TNM (7 rewizja)	☐ Stopień 0 (Tis)	☐ in situ
☐ TIS T N M	☐ Stopień I ☐ IA ☐ IB ☐ IC	☐ miejscowe
33. Inne klasyfikacje zaawansowania	☐ Stopień II ☐ IIA ☐ IIB ☐ IIC	☐ regionalne (przerzuty reg.)
(np. FIGO, Clark/Breslow, Astler-Coller, Ann Arbor, Gleason)	☐ Stopień III ☐ IIIA ☐ IIIB ☐ IIIC	☐ uogólnione (przerzuty odł.)
Wynik	☐ Stopień IV ☐ IVA ☐ IVB ☐ IVC	
36. Inne podstawy rozpoznania	37. Leczenie skojarzone	38. Leczenie nieskojarzone
☐ cytologia ☐ operacja wywiad.	☐ radioter.+chemioter.	Możliwe zaznaczenie kilku pól dzień miesiąc rok
☐ markery nowotw. ☐ badanie kliniczne	☐ chirurgia+chemioter.	☐ chirurgia
☐ endoscopia ☐ sekcja	☐ radioter.+chemioter.+chirurgia	☐ radioterapia
☐ radiologia ☐ tylko akt zgonu	☐ radioter.+chirurgia	☐ chemioterapia
☐ inne bad. obraz. ☐ skryning tura	Data rozpoczęcia: dzień miesiąc rok	☐ hormonoterapia
39. Dla raka piersi (C50, D05)	☐ lecz. nieskojarzone (wypełnić pkt 36)	☐ immunoterapia
☐ mastektomia ☐ leczenie oszczędzające		☐ ter. celowana
		☐ przeszczep
		☐ inne
40. Rodzaj leczenia ☐ radykalne ☐ paliatywne ☐ objawowe ☐ skierowany na leczenie ☐ brak zgody na leczenie	41. Data wypełnienia dzień miesiąc rok	42. Nr PWZ lekarza
43. Identyfikator osoby wprowadzającej	43. Podpis i pieczętka lekarza	

IMIĘ I NAZWISKO.....SALA.....

RODZAJ LEKU.....

[illegible]

27

Oborniki, dnia

pieczętka oddziału

K A R T A

skierowania zwłok do chłodni prosektorium

1.....
(Imię i Nazwisko osoby zmarłej)

2.....
PESEL(w przypadku braku – seria i numer dokumentu tożsamości)

3.....
Data i godzina zgonu

4.....
(Godzina skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni)

5.....
(Imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę) (podpis)

6.....
(godzina przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni)

7.....
(imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni) (podpis)

Uwaga !

Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni, dokonuje się oznaczenia „NN”

Bl. sp. nov.

24

[illegible]

ODDZIAŁ **Sala**

Nazwisko i imię PESEL: Nr Ks. Głównej:

Nr ks. Główniej:

[illegible]



17

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach

64-600 Oborniki ul. Szpitalna 2

tel.: (0-61) 29-73-600, fax (0-61) 29-60-079 e-mail: szpital@szpital.oborniki.info

Oborniki, dnia r.

Informacja dla Pacjentów przed badaniem Tomografii Komputerowej z zastosowaniem jodowego środka cieniującego

.....
Imię i nazwisko pacjenta, PESEL

Szanowna Pani! Szanowny Panie!

Lekarz zdecydował o konieczności wykonania u Pani/Pana badania z podaniem środka cieniującego. Pozwoli to na postawienie możliwe pełnego rozpoznania i podjęcia właściwego leczenia.

W większości przypadków podanie środka kontrastowego nie powoduje zauważalnych odczynów, jednak u niewielkiej ilości osób mogą pojawić się objawy wzmożonej wrażliwości: wysypki skórne, nudności, wymioty, metaliczny posmak w jamie ustnej, uczucie subiektywnego oddawania moczu i inne ciężkie powikłania.

Istnieje pewna grupa pacjentów, u których częściej występują objawy nadwrażliwości na środki cieniujące.

Są to pacjenci z takimi schorzeniami jak:

- uczulenia na jod
- choroba tarczycy
- zaawansowane nadciśnienie tętnicze
- cukrzyca
- astma oskrzelowa, alergie, katar sienny
- uszkodzenie czynności nerek
- choroby serca i naczyń krwionośnych
- choroby krwi
- osoby, u których wystąpiły niepokojące objawy w poprzednich badaniach radiologicznych z zastosowaniem środka kontrastowego

* właściwe podkreślić

W wyczerpujący i zrozumiały sposób zostałam/em poinformowana/ny o mogących wystąpić objawach nadwrażliwości na jod zawarty w środku kontrastowym. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie badania Tomografii Komputerowej
z zastosowaniem środka cieniującego. O mogących nastąpić ewentualnie objawach niepożądanych zostałam/em poinformowana/ny.

Oświadczam, że nie jestem w ciąży (przeciwwskazanie do wykonania badania)

.....
Podpis i pieczęć lekarza

.....
Data i podpis

15

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono u pani następujące wskazania do operacyjnego rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego:

2. PROPONOWANA METODA OPERACYJNEGO ROZWIĄZANIA CIĄŻY

Ciecie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha nad spojeniem łonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobywaniem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszcienie mięśnia macicy oraz powłok brzucha. Celem proponowanej operacji jest urodzenie płodu/płodów z pominięciem czynników związanych z porodem drogami natury

Alternatywne metody leczenia:

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Przebieg cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży, ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu stosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy
- wtórnym krwawieniu lub krwawkach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-macicznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu.

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w pani przypadku:

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Jeżeli nie wyrazi pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytała nas pani o wszystko, co chciałaby pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym oddziale/klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie pani pytania.

INFORMACJA DLA PACJENTKI FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE ZABIEGOWE

Imię i nazwisko pacjentki:

Numer historii choroby:

RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje podejrzenie)

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieje u Pani wskazanie do diagnostyki zabiegowej czyli uzyskanie materiału do badań mikroskopowych.

METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Proponowane leczenie zabiegowe polega na

Zabieg może zostać rozszerzony o dodatkową procedurę która okaże się konieczna w trakcie zabiegu (np. wyłyżeczkowanie macicy).

Zabieg będzie wykonany w krótkim znieczuleniu ogólnym.

Celem zabiegu jest

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują:

DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Możliwości wystąpienia powikłań.

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz braku ryzyka operacyjnego.

Powikłania związane z tego rodzaju zbiegiem polegają na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać usunięcia macicy lub uszkodzeniu, pęcherza moczowego,
- krwotoku śródoperacyjnego, lub krwotokach wymagających przetoczenia krwi lub ponownej interwencji chirurgicznej (otwarcie jamy brzusznej).
- powikłań zatorowo-zakrzepowych (tworzenie skrzepin i zatkanie światła naczyń),
- zapaleniu otrzewnej, zakażeniu rany pooperacyjnej, zapaleniu pęcherza moczowego,
- zaburzeniu w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- bólach brzucha.
- pogorszeniu jakości życia płciowego.

Inne ciężkie powikłania zagrażające życiu zdarzają się bardzo rzadko

ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże

średnie

ograniczone

Jeśli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg operacyjny to rokowanie co do dalszego stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

HISTORIA ROZWOJU NOWORODKA

KONTAKT TBC ()

Nr oddz.
hist. chor. matki

Urodz. w dniu o godz. grupa krwi

R O D Z I C E

PRZEBIEG OBECNEJ CIĄŻY

KTÓRA CIĄŻA - PORÓD

MATKA	Nazwisko i imię	Prawidłowy	Poprzednie ciąży Porodów, w tym o czasie, przedwczesnych, niewczesnych, noworodków żywo, martwo urodzonych, z wadami rozwojowymi Porodów siłami natury patologicznych, żyje dzieci, zmarło Przyczyna zgonu
	Adres	Wymioty	
OJIEC	Wiek, zawód st. zdr.	Krwawienie	Ostatnia miesiączka
	Grupa krwi Rh.	Choroby	
OJIEC	Nazwisko i imię		
	Wiek, zawód st. zdr.		
	Grupa krwi Rh.		

Data																	
Dzień życia																	

Waga	Ciepl.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	PRZEBIEG PORODU
00	40°																	
00	39°																	
00	38°																	
00	37°																	
00	36°																	
00	35°																	

Waga																	
Stolec																	
Wymioty																	
Karmienie	M.																
	P.K.																
Dokarm.	P.K.																
	M.																
Płyny																	

Zabiegi i pielęgn.

Pośredni odczyn Coombsa ()

Noworodka wydała pielęgniarka

Stwierdzam tożsamość
mojego dziecka

Podpis pielęgniarki

Waga g Długość cm
 Obwód głowy cm
 Obwód kl. piers. cm
 Przyjęty na salę noworodków
 w dn. o godz.
 Zabieg Credego

Dowód osobisty matki nr

Założono znak tożsamości

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
_ _ - _ - _ dzień – miesiąc – rok			M/K									
7. Adres miejsca zamieszkania												
7A. Ulica					7B. Numer domu/mieszkania			7C. Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾)												
10A. Imię			10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
10D. Ulica					10E. Numer domu/mieszkania			10F. Kod pocztowy i miejscowość				
10G. Imię			10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
10J. Ulica					10K. Numer domu/mieszkania			10L. Kod pocztowy i miejscowość				
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾								12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				

Oddział położniczo
-ginekologiczny
Sala Porodowa

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA LECZENIE ZABIEGOWE
I INNE PROCEDURY MEDYCZNE**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

Ja niżej podpisana wyrażam pisemną zgodę na przeprowadzenie wobec mojej osoby w warunkach maksymalnej staranności i przez osoby wykwalifikowane następujących czynności medycznych w czasie pobytu w SP ZOZ Oborniki:

- badanie ginekologiczne wewnętrzne przeprowadzone przez lekarza, położną w dniu
- pobieranie krwi i materiału do badań

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie następujących zabiegów : (podkreśl)

- nacięcie i szycie krocza
- użycie próżnociągu lub kleszczy
- instrumentalna kontrola macicy
- ręczne wydobywanie łożyska w znieczuleniu ogólnym

Równocześnie wyrażam zgodę na wszelkie dodatkowe operacje lub procedury medyczne jakie mogą okazać się konieczne i wskazane w ocenie personelu medycznego Szpitala

■ wyrażam zgodę na ewentualną, zmienną technikę operacyjną i/lub zakresu zabiegu, jeżeli obraz śródoperacyjny będzie tego wymagał i będzie to z pożytkiem dla mojego zdrowia i życia. W sytuacji wystąpienia u mnie w trakcie leczenia stanu ograniczenia świadomości uniemożliwiającego w pełni świadome podejmowanie decyzji, wyrażam też zgodę na wykonanie u mnie kolejnych operacji, które zespół uzna za niezbędne dla mojego dalszego leczenia i ratowania życia i zdrowia.

■ zgadzam się również, w razie takiej potrzeby na przetoczenie krwi i jej preparatów.

Zostałam poinformowana przez lekarza nadzorującego o:

■ moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz nadzorujący wytłumaczył mi wyczerpująco naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jak i możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem.

■ Zostałam również poinformowana o alternatywnych metodach leczenia.

■ W trakcie rozmowy z lekarzem miałam możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących leczenia i planowanego zabiegu operacyjnego. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.

■ Jako rodzic/opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na przeprowadzenie wspomnianych powyżej badań i zabiegów u mojego dziecka (podopiecznego). Jednocześnie potwierdzam, że zostałam poinformowany o fakcie, że zabieg, badania lub zabiegi diagnostyczne u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, wymagają zgody chorego.

Niniejszym potwierdzam, że poinformowałem wyczerpująco pacjentkę o celu wyżej wymienionych zabiegów i badań i o ryzyku z nim związanym

.....
data

.....
Podpis lekarza nadzorującego

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałam uważnie i zrozumiałam treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż natura mojego schorzenia, cel zaproponowanego zabiegu operacyjnego, oraz dające się przewidzieć ryzyko z nim związane oraz rokowanie, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający.

.....
data

.....
Podpis pacjenta lub rodzica/opiekuna prawnego

5

Pieczętka

Data badania: (dzień/mies./rok): / /
Nr hist. chor.:
PESEL:

FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia

Imię, nazwisko

Płeć: M ☐ ; Ż ☐

Data urodzenia: (dzień/mies./rok) / / Wiek: (lata, mies.):

masa ciała.....kg centyle.....*

wysokość ciała cm centyle.....*

masa-do-długości (wysokości) centyle:*

BMI centyle:*

Obwód głowy: cm; centyle:* (dotyczy niemowląt)

4.Inne:

..... (proszę wpisać źródło, np.
polskie siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....

.....
W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:

pozajelitowego	TAK	☐ NIE
dojelitowego	☐ TAK	☐ NIE

Uwagi:

.....

.....

.....
podpis i pieczętka lekarza

pieczęć

Data badania: (dzień/mies./rok): / /

Nr hist. chor.:

PESEL:

FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia

Imię, nazwisko

Płeć: M ☐; Ż ☐

Data urodzenia: (dzień/mies./rok) / / Wiek: (lata, mies)

masa ciała kg centyle: *

wysokość ciała cm centyle: *

masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2-5 lat (**WHO Child Growth Standards**):

centyle: *

BMI centyle: *

Obwód głowy: cm; centyle: * (dotyczy niemowląt)

***UWAGA: należy podać źródło:**1. The WHO Child Growth Standards <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>

2. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2010;4(7):690-700 (BMI dla dzieci 7-18 lat)

3. Growth reference data 5-19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masz ciała-do-wieku):
<http://www.who.int/growthref/en/>

4. Inne:

.....(proszę wpisać źródło, np. polskie
siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD 10)

W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacjipozajelitowego ☐ TAK ☐ NIEdojelitowego ☐ TAK ☐ NIE

Uwagi:

.....
podpis i pieczęć lekarza

59

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Nr Księgi Głównej Pacjenta PESEL pacjenta

Nazwisko i imię Data Urodzenia

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób diagnostyki, leczenia i operacji, oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu proponowanej diagnostyki i operacji.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)**OŚWIADCZENIE PACJENTA****Świadoma zgoda na diagnostykę i leczenie operacyjne**

Oświadczam, że:

- Zostałem(am) w sposób zrozumiały poinformowany(poinformowana) o charakterze mojej choroby oraz o konieczności wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, ich możliwych powikłań i wyrażam na nie zgodę.
- Zapoznałem(am) się z opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku ww leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne.
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym / przewodowym / miejscowym.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu diagnostyki i operacji w niezbędnym zakresie, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
- Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji, zabiegu, badania diagnostycznego i leczenia:

.....

- Zobowiązuje się do zapoznania z Regulaminem szpitalnym w trakcie hospitalizacji.
- Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojej dokumentacji medycznej (bez danych osobowych) do celów naukowych ☐ Tak ☐ Nie
- Wyrażam zgodę na samodzielny powrót syna / córki do domu ☐ Tak ☐ Nie

Ewentualne uwagi pacjenta

Przyjmuję do wiadomości, że Szpital nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze, rzeczy wartościowe i rzeczy osobiste, które zabieram ze sobą do szpitala.

.....
(data).....
(podpis pacjenta)

60

Oborniki, dnia

.....
(imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie)

.....
(data i miejsce urodzenia; PESEL)

.....
(adres zameldowania)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

☐ * Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

☐ * Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

1.
(imię i nazwisko Osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania: Tel. kontaktowy Osoby upoważnionej)

2.
(imię i nazwisko Osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania: Tel. kontaktowy Osoby upoważnionej)

Ponadto oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
(czytelny podpis Pacjenta składającego oświadczenie)

* właściwie zaznaczyć „X” dokonać prawidłowych wpisów

61

SP ZOZ Oborniki
ul. Szpitalna 2
64-600 Oborniki

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o istniejących
Prawach i Obowiązках pacjenta, przebywającego w Szpitalu
w Obornikach.

.....
data i podpis pacjenta

- 62 -

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki

ENDOSKOPIA

Oświadczenie pacjenta przed badaniem

Imię i Nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu.....

Rodzaj badania.....

WŁAŚCIWA ODPOWIEDŹ PROSZE OZNACZYĆ KÓŁKIEM

1. Czy istnieje u Pani/ Pana zwiększona skłonność do krwawień ?
.....TAK/ NIE
2. Czy stosuje Pani/ Pan leki wpływające na krzepliwość krwi? Jeśli tak to jakie.....TAK/ NIE
.....
3. Czy występowały u Pani/ Pana objawy uczulenia na środki lecznicze? Jeśli tak to jakie.....TAK/ NIE
.....
4. Czy nosi Pani/ Pan wymienione przedmioty- rozrusznik serca, sztuczna zastawka proteza zębowa.....TAK/ NIE
5. Proszę wymienić przebyte zabiegi operacyjne, choroby (jakie oraz kiedy).....TAK/ NIE
.....
6. Czy jest Pani w ciąży ?.....TAK/ NIE

Oświadczam, że zrozumiałam/em całą treść tego formularza i wyrażam zgodę na wykonanie badania, jak również na konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi.

.....
Data i podpis pacjenta

Wypełniony formularz oraz dokumenty z przebytych operacji i chorób proszę zabrać i okazać w dniu badania.

W razie rezygnacji z badania proszę o zgłoszenie do rejestracji. Nr tel. 61 297 3686

PLAN PORODU

Imię i nazwisko:.....

W planie porodu chciałabym przekazać moje oczekiwania związane z porodem oraz wczesnym pójściem. Będę wdzięczna, jeśli sprawując opiekę nade mną i moim dzieckiem weźmiecie go pod uwagę. Rozumiem, że podczas porodu może okazać się, że niektórych punktów z mojego planu porodu nie można zrealizować. W takiej sytuacji chciałabym prosić o pełną informację i mieć możliwość analizy sytuacji oraz podejmowania decyzji.

Warunki i miejsce porodu:

- Chciałabym podczas porodu móc korzystać z prysznica oraz toalety
- Chciałabym mieć możliwość posłuchania swojej muzyki
- Chciałabym, aby w sali porodowej było przyciemnione światło, panowała cisza
- Chciałabym rodzić w swoim ubraniu
- Chciałabym przyjmować płyny doustnie podczas pierwszego okresu porodu oraz uniknąć podawania płynów dożylnie

Osoby obecne podczas porodu:

- Chcę by podczas porodu towarzyszyła mi bliska osoba
- Chcę by osoba towarzysząca była obecna przy wszystkich/wybranych przeze mnie zabiegach
- Zależy mi by osobie towarzyszącej udzielano informacji o postępie porodu
- Jeśli to możliwe chciałabym żeby podczas porodu towarzyszyła mi ta sama położna
- Zależy mi by podczas porodu towarzyszył mi tylko niezbędny personel medyczny
- Chciałabym by personel informował mnie oraz uzgadniał wszystkie zabiegi przed ich wykonaniem

Przygotowanie do porodu:

- Chciałabym aby wykonano u mnie zabiegi przygotowujące do porodu takie jak lewatywa i golenie krocza
- Proszę aby nie wykonywano u mnie wyżej wymienionych zabiegów
- Samodzielnie ogolę krocze

Poród:

- Zależy mi na pełnej informacji o postępie porodu
- Chcę mieć możliwość dowolnej zmiany pozycji oraz swobodnego poruszania się
- Chciałabym korzystać ze sprzętów t.j. piłka, worek sako, materac
- Jeżeli moja sytuacja tego wymaga zgadzam się na zabiegi t.j. podanie kroplówki naskurczowej, przebicie pęcherza płodowego oraz stałe monitorowanie aparatem KTG po uprzednim wyjaśnieniu potrzeby ich zastosowania
- Zależy mi by możliwie ograniczyć liczbę badań dopochwowych oraz aby odbywały się one w dogodnej dla mnie pozycji
- Proszę pozwolić mi na swobodne wydawanie dźwięków podczas porodu
- Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w drugim okresie porodu
- Proszę aby położna instruowała mnie podczas parcia
- Chciałabym przeć instynktownie

LISTA KONTROLI STANOWISKA ZNIECZULENIA

SALA OPERACYJNA

DATA

PARAFA

I. SALA OPERACYJNA	1. Oświetlenie	JEST, WYSTARCZAJĄCE	
	2. Stół operacyjny z oprzyrządowaniem	SPRAWNY	

II. GAZY MEDYCZNE	1. Ciśnienie O ₂ i powietrza	4,0 - 6,0 bar	
	2. Ciśnienie N ₂ O	5,2 - 5,5 bar	
	3. Ciśnienie próżni	od -0,4 do -0,7 bar	
	4. Odciąg gazów	WYŁĄCZONY. SPRAWNY	
	5. Butle rezerwowe O ₂	Ciśnienie > 100 bar	
	6. Podłączenie zasilania w gazy	PRAWDŁOWE	

III. APARAT DO ZNIECZULENIA	1. Zasilanie elektryczne	JEST	
	2. Parowniki	ZAMKNIĘTE, WYPEŁNIONE	
	3. Halothan	BEZBARWNE W PAROWNIKU	
	4. Wapno w pochłaniaczu	JEST, ŚWIEŻE	
	5. Przepływomierze	SPRAWNE	
	6. Nagły dopływ tlenu	SPRAWNY	
	7. Szczelność układu anestetycznego	JEST, BRAK PRZECIEKÓW	
	8. Zastawka nadciśnieniowa	SPRAWNA	
	9. Zastawka PEEP	NA „0”	
	10. Układ z respiratorem	SPRAWNY, SZCZELNY	
	11. Czujnik tlenu	WYKALIBROWANY	
	12. Czujnik przepływu	WYKALIBROWANY	
	13. Inna aparatura monitorująca ukł.oddech.	SPRAWNA	
	14. Maski twarzowe	PRZYGOTOWANE	

IV. APARATURA MONITORUJĄCA	1. Monitor EKG	SPRAWNY	
	2. Pulsoksymetr	SPRAWNY	
	3. Kapnograf	SPRAWNY	
	4. Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego	SPRAWNY	

MÓJ PORÓD – ANKIETA

57

Zwracamy się do Pań z prośbą o wypełnienie anonimowej ankiety. Wszystkie dane objęte są tajemnicą i zostaną wykorzystane dla poprawy obsługi naszych pacjentek. Prosimy o podkreślenie właściwej odpowiedzi.

1) Czy był to poród

- a) pierwszy
- b) drugi
- c) kolejny

2) Czy był to poród

- a) naturalny
- b) zabiegowy (kleszcze, vacuum)
- c) cięcie cesarskie

3) Czy w trakcie przyjmowania do Szpitala została Pani zapoznana z :

- | | | |
|--|-----|-----|
| a) topografią oddziału (rozmieszczeniem pomieszczeń na oddziale) | Tak | Nie |
| b) personelem medycznym | Tak | Nie |
| c) zwyczajami panującymi na oddziale | Tak | Nie |

4) Jeśli poród był prowokowany, przyspieszany, to czy odbyło się to :

- a) za moją wiedzą i zgodą, zaproponowane zostało przez personel
- b) nie chciałam tego ale personel zdecydował inaczej
- c) po moich prośbach, personel zgodził się przyspieszyć poród

5) Czy personel medyczny poinformował Panią o podawanych lekach ich działaniu, skutkach oraz przebiegu porodu

- a) tak
- b) nie
- c) udzielono mi informacji ale na moją prośbę
- d) nie udzielono mi informacji mimo moich prośb
- e) informacje były zdawkowe

6) Czy personel sali porodowej był:

- a) życzliwy, pomocny
- b) obojętny, ale pomocny (rutynowo)
- c) nieżyczliwy, nieuczynny
- d) niemiły, nawet arogancki

7) Czy w czasie porodu zaproponowano Pani metody zmniejszające ból

- a) tak – farmakologiczne środki znieczulające
- b) nie zaproponowano mi nic
- c) tak – skorzystałam z : (odpowiednio podkreślić)
- masażu, kąpieli, ćwiczeń, zmiany pozycji ciała, relaksu
- d) proponowano mi różne metody, ale nie skorzystałam

8) Czy w czasie porodu pojawiły się miłe gesty ze strony personelu takie jak np. trzymanie za rękę, masaż, wsparcie psychiczne

- a) tak – (jakie)
- b) nie
- c) nie chciałam

9) Czy po porodzie ktoś z personelu pomógł Pani w umyciu się, przebraniu, podał coś do picia, jedzenia

- a) tak
- b) nie
- c) nie chciałam żadnej pomocy.

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST



Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE

Zabieg: ☐ planowy ☐ przyspieszony
☐ nagły-natychmiast. ☐ pilny

Potwierdzono:

- ☐ tożsamość pacjenta
- ☐ miejsce operowane
- ☐ procedurę operacyjną
- ☐ zgodę na zabieg operacyjny
- ☐ rodzaj znieczulenia

Oznaczono miejsce operowane

☐ Tak ☐ Nie

Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

Zapewniono monitorowanie:

- ☐ EKG*
- ☐ pulsoksymetrii
- ☐ ciśnienia tętniczego krwi*
- ☐ kapnometrii*

Alergie:

☐ Tak (jakie?.....) ☐ Nie

Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc

☐ Tak i zapewniono właściwy sprzęt
☐ Nie

Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci

☐ Tak, zabezpieczono płynny i preparaty krwiiopochodne
☐ Nie

DANE PACJENTA	
IMIĘ:	
NAZWISKO:	
DATA OPERACJI:	/ /
ODDZIAŁ / KS.GŁ.:	

Przed nacięciem

ODLICZANIE

Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego znają
wzajemnie swoją tożsamość i funkcje

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli nie - wszyscy członkowie zespołu operacyjnego
dokonują prezentacji

☐ Tak ☐ Nie

Operator, anestezjolog, pielęgniarka anest.

i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta,
miejsce operowane, procedurę operacyjną

Właściwe ułożenie pacjenta

☐ Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi

Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej
procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki
operacji, wydłużenie czasu operacji, zmiana rodzaju
znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie,
zmiana zestawu narzędzi, itp.

ze strony operatora

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony pielęgniarki operacyjnej

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed operacją

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Kiedy? Data / godzina

Przygotowano wyniki badań obrazowych

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

STOP!

PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają
ustnie:

☐ nazwę procedury wykonanej

☐ zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów

Oznaczono materiał pobrany do badań

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Wystąpiły powikłania w trakcie operacji*

☐ Tak ☐ Nie

Wystąpiły problemy ze sprzętem lub
trudności techniczne

☐ Tak ☐ Nie

Operator i anestezjolog określili ewentualne
problemy związane z przebiegiem
pooperacyjnym

☐ Tak ☐ Nie

Wypisano zlecenia pooperacyjne*

ze strony operatora

☐ Tak ☐ Nie

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta
przed przekazaniem z bloku operacyjnego
do oddziału albo sali pooperacyjnej*

☐ Tak ☐ Nie

Podpis Koordynatora Karty

* Zestaw standardów Programu Akredytacji Szpitali, Ośrodek Akredytacji CMJ, Kraków 2015

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

78 saniooprzyjęto

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03 STERYLIZATORNIA
REGON: 000306609 nr księgi rejestrowej: 000000016106
Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

79

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PCPR

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 10 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 10 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

PROSEKTORIUM

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

81

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 02

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

69

Miejscowość, data

Imię i Nazwisko wnioskodawcy

PESEL lub data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr dowodu tożsamości

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Obornikach

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

Określenie oddziału, poradni i daty oraz rodzaju dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, karta wyjazdu ZRM, zapis zdjęć: RTG, KT, wyniki badań, inne)

w postaci: kopii ☐, odpisu ☐, wyciągu ☐ (zaznaczyć właściwe)

Dokumentację odbiorę: osobiście ☐
proszę przesłać na adres:

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ w Obornikach oraz pokrycia kosztów przesyłki.

Podpis wnioskodawcy

Wypełnić, gdy Wnioskujący deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem upoważnionej osoby!

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria nr upoważniam
.....
legitymującego się dowodem osobistym seria nr wydanym przez
..... do odbioru kopii wyżej wymienionej dokumentacji
medycznej, będącej w posiadaniu SP ZOZ w Obornikach

Czytelny podpis i data

Decyzja o udostępnieniu dokumentacji

Podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej

Dokumentację wydano

Wnioskodawcy ☐Osobie upoważnionej ☐Wysłano pocztą (data) ☐

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

Podpis osoby wydającej

Podpis osoby odbierającej, data

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

(dane z okresu minimum 6 miesięcy przed przyjęciem)

1. Nazwisko i imię

2. Czy dziecko było hospitalizowane w innych placówkach służby zdrowia? Jakich ? i kiedy?

.....

3. Czy dziecko miało pobraną krew, wykonane iniekcje domięśniowe lub dożylnie? Gdzie i kiedy?

.....

4. Czy dziecko przeszło zabieg operacyjny? Gdzie i kiedy?

.....

5. Czy dziecko korzystało z usług gabinetów stomatologicznych? Jakich i kiedy?

.....

6. Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? **TAK / NIE**

7. Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni był kontakt z chorobami zakaźnymi? **TAK / NIE**

Poświadczenie założenia znaku tożsamości.

.....
podpis pielęgniarki

Do
Urzędu
Stanu Cywilnego
w Obornikach

Zawiadomienie o śmierci

Data i godzina zgonu

Miejsce zgonu

DANE O OSOBIE ZMARŁEJ

Nazwisko.....

Imię.....

Data i miejsce urodzenia

Stan cywilny.....

Miejsce zamieszkania

Nazwisko panieńskie

DANE OSOBY ZMARŁEJ RODZICÓW

ojca

matki

Nazwisko

Imię

Miejsce zamieszkania

DANE OSOBY ZMARŁEJ MAŁŻONKA

Nazwisko

Imię

Miejsce zamieszkania

64

PROTOKÓŁ PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ

Nazwisko			Płeć (K, M) ☐			Data urodzenia																							
Imię			PESEL																										
Nr Księgi Głównej																													
Oddział																													
Operator				Sala operacyjna NR Data																									
Asystent I				Początek zabiegu																									
Asystent II				Koniec zabiegu																									
Rozpoznanie przedoperacyjne				Pielęgniarka instrumentująca																									
Rodzaj wykonywanego zabiegu				Pielęgniarka pomagająca																									
Rodzaj znieczulenia:				Pielęgniarka anestezjologiczna																									
Ogólne, przewodowe, regionalne, inne				Lekarz anestezjolog																									
				Osoby układające chorego																									
Ułożenie: Na plecach ☐ Na brzuchu ☐ Na boku ☐ Na siedząco ☐ W pozycji ginekologicznej ☐ Inne ☐			Preparaty do badań Histopatologia ☐ Bakteriologia ☐ Doraźne ☐ Liczba preparatów ☐			Implanty - rodzaj Proteza Śruby Druły Płytki Inne																							
Materiał opatrunkowy				Zestaw narzędzi:																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Serwety gazowe</th> <th>Przed zabiegiem</th> <th>Po zabiegu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gaziki</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tupferki</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Setony</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inne</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Serwety gazowe	Przed zabiegiem	Po zabiegu	Gaziki			Tupferki			Setony			Inne			Nazwa Nr <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Stan przed zabiegiem</th> <th>Zgodny</th> <th>Niezgodny</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stan po zabiegu</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Stan przed zabiegiem	Zgodny	Niezgodny	Stan po zabiegu		
Serwety gazowe	Przed zabiegiem	Po zabiegu																											
Gaziki																													
Tupferki																													
Setony																													
Inne																													
Stan przed zabiegiem	Zgodny	Niezgodny																											
Stan po zabiegu																													
			TAK		NIE																								
Aparat do elektrochirurgii							Elektroda bierna wielorazowa ☐																						
RTG							elektroda jednorazowa ☐																						
Opaska uciskowa																													
Środek kontrastowy							Elektroda bierna 10 11 15 18 21 22																						
Opatrunek gipsowy							☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																						
Leki																													
Płyn do płukania							Rękawice 6,5																						
Spongostan							7,0																						
Klipsy tytan							7,5																						
Cewnik Foleya							8,0																						
Dren Kehra							8,5																						
Dren Redona							9,0																						
Dren brzuszny							Obłożenie wielorazowe																						
Inne							Obłożenie jednorazowe																						
Siatki przepuklinowe																													
TVT																													
Szwycy plecione wchłanialne																													
Szwycy niewchłanialne																													
Szwycy skórne																													
Inne																													

Podpis pielęgniarki instrumentującej

ROZCHÓD LEKÓW I SPRZĘTU

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

LEKI	ILOŚĆ ZUŻYTA	SPRZĘT	ILOŚĆ ZUŻYTA
ADRENALINA 0,1%		VENFLON/ IGŁY DO INIEKCJI	
		STRZYKAWKA 2 ml	
ATROPINA 0,5 mg		STRZYKAWKA 5 ml	
ATROPINA 1 mg		STRZYKAWKA 10 ml	
BETALOC 1mg		STRZYKAWKA 20 ml	
BUSKOLIZYNA		STRZYKAWKA NISKOOPOROWA 10 ml, 20 ml	
BUPIVACAINUM 0.5 %		STRZYKAWKA DO POMP INFUZYJNYCH	
CYCLONAMINA		ZESTAW DO PRZETOCZENIA PŁYNÓW	
TACHYBEN 25 mg		ZESTAW DO PRZETOCZENIA KRWI	
EPHEDRYNA 25 mg		IGŁA DO ZNIECZULENIA Z-O	
ROCURONIUM 100 mg		IGŁA DO ZNIECZULENIA P-P	
FTOMIDAT 20 mg		KANIULA DO STYMULACJI NERWÓW OBWO.	
FENTANYL 10 ml		JAŁOWY OPATRUNEK DO MOCOWANIA KANIUL	
FENTANYL 2 ml		CEWNIK DO TLENU	
FUROSEMIDUM		MASKA DO TLENU	
CORHYDRON 100 mg		MASKA KRTANIOWA	
KETAMINA		RURKA USTNO-GARDŁOWA	
KETONAL 100 mg		RURKA INTUBACYJNA	
LIGNOCAINA 1% - 2 ml		RURKA INTUBACYJNA ZBROJONA	
LIGNOCAINA 1% - 20 ml		FILTR BAKTERYJNY	
LIGNOCAINA 2% - 2 ml		UKŁAD RUR ODDECHOWYCH	
LIGNOCAINA 2% - 20 ml			
LIGNOCAINA GRAWE 5% - 2 ml		SONDA ŻOŁĄDKOWA	
LEVONOR		NOSKI DO SONDY	
MARCAINA SPIRAL 0,5% HEAVY		DREN DO SSAKA + ŁĄCZNIK	
MARCAINE - ADRENALINE 0,5%		CEWNIK DO ODSYSANIA GDO	
METOCLOPRAMIDUM 0,5%		KRANIK TRÓJDROŻNY	
MIDANIUM 5 mg		KRANIK TRÓJDROŻNY Z PRZDŁUŻACZEM	
NALOXONUM 400 µg		PRZDŁUŻACZ DO POMP INFUZYJNYCH	
NORCURON 10 mg		EXTRA-SPIKE	
ONDANSTERNON		KOREK DO VENFLONU	
OXYTOCINUM 5 j.m.		GAZIKI JAŁOWE I NIE JAŁOWE	
PROPOFOL 200 mg		BANDAŻ	
POLSTYGMINA 0,5 mg		REKAWICZKI JAŁOWE	
PYRALGINA 5 mg		REKAWICZKI NIEJAŁOWE	
PYRALGINA 2,5 mg		CZEPEK OCHRONNY DLA PACJENTA	
ROPIMOL 100 mg		ELEKTRODY	
ROPIMOL 50 mg		FOLIA TERMICZNA	
SCOLINA 200 mg		OPATRUNEK JAŁOWY TYPU OKIENKO	
		OPATRUNEK DO CEWNIKÓW CENTRALNYCH	
TORECAN 6,5 mg		OBŁOŻENIE CHIRURGICZNE JAŁOWE	
		SAMOPRZYLEPNE	
TRAMAL		SERWETKI DO RĄK	
AQUA PRO INJECTIONE - 10 ml		ZATYCZKI DO CEWNIKA	
NaCl 0,9% - 10 ml		CEWNIK CENTRALNY	
NaCl 0,9% - 100 ml		WAPNO SODOWANE	
NaCl 0,9% - 250 ml		SEVOFLURAN	
NaCl 0,9% - 500 ml		PODTLENEK AZOTU	
GLUCOSA 5% - 500 ml		TLEN	
GELAFUSINE 6% - 500 ml			
JONOSTERIL - 500 ml		BRAUNODERM/KODAN/SPIRYTUS	
PWE - 500 ml		ZESTAW DO DEZYNFEKCJI	
SOL RINGERI - 500 ml		ZESTAW DO WKŁUC CENTRALNYCH	
STEROFUNDIN - 500 ml			
VOLUVEN 6% - 500 ml			

data

nazwisko pielęgniarki

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

KOD ODPADÓW: 18 01 03

ENDOSKOPIA

REGON: 000306609

nr księgi rejestrowej: 000000016106

Wojewoda Wielkopolski

data i godz. rozpoczęcia użytk.:

data i godz. zamknięcia:

77 - samopitglopne