

Załącznik nr 6 do wizyty domowej pacjenta pediatrycznego

- Imię i Nazwisko
- PESEL
- Wiek
- Tydzień ciąży
- Wiek skorygowany:
- Poród: naturalny, cięcie cesarskie, vacuum, kleszcze
- pH
- Masa urodzeniowa
- Apgar w min: 1' __ 3' __ 5' __ 10"
- Preferencja ułożeniowa/asymetria:
 - Nie
 - Tak: L/P
- Badania obrazowe:
 - Tak: (proszę przestać skan)
 - Nie:
- Cięża mnoga:
 - Tak:
 - Nie:
- Choroby współistniejące
-
-
- Wynik badania preluksacyjnego (bioder): prawidłowy / nieprawidłowy
- Słuch (przesiewowe badanie WOŚP): prawidłowy/nieprawidłowy
- Wzrok: prawidłowy/nieprawidłowy
- Wady serca: tak/nie
- Wady wrodzone:
-
-