

Sprawozdanie położnicze za rok 20....		
Nazwa lub pieczęć ośrodka	N	%
1. METODA PORODU	<i>PSN</i>	
	<i>CC</i>	
	<i>VE</i>	
	<i>F</i>	
	<i>POMOC RĘCZNA</i>	
2. TYGODNIE PORODU	<i>22</i>	
	<i>23– 28</i>	
	<i>29 – 34</i>	
	<i>35 – 37</i>	
	<i>≥37</i>	
3. POWIKŁANIA PRZEBIEGU CIAŻY	<i>OGÓŁEM</i>	
	<i>ŁOŻYSKO PRZODUJĄCE</i>	
	<i>PRZEDWCZESNE ODDZIELENIE ŁOŻYSKA</i>	
	<i>PIH, PE = NADCIŚNIENIE W CIAŻY</i>	
	<i>PPH = NADCIŚNIENIE PRZEWLEKŁE</i>	
	<i>NADCIŚNIENIE W CIAŻY NAŁOŻONE NA NADCIŚNIENIE PRZEWLEKŁE</i>	
	<i>RZUCAWKA</i>	
	<i>HELLP</i>	
	<i>CHOLESTAZA CIĘŻARNYCH</i>	
	<i>GDM</i>	
	<i>PGDM</i>	
	<i>HYPOTROFIA PŁODU, SGA, IUGR</i>	
	<i>KONFLIKT SEROLOGICZNY</i>	
	<i>TTTS</i>	
	<i>INNE</i>	

4. PĘKNIĘCIA KROCZA III STOPNIA			
5. PĘKNIĘCIA KROCZA IV STOPNIA			
6. LICZBA CIĘĆ CESARSKICH	PLANOWYCH Z POWODU CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH		
	PLANOWYCH Z POWODU STANÓW ZWIĄZANYCH Z CIAŻĄ		
	NAGŁYCH ZE WZGLĘDU NA STAN DZIECKA		
	NAGŁYCH ZE WZGLĘDU NA STAN MATKI		
	OGÓŁEM		
7. LICZBA PORODÓW PO CC	PORODY DROGAMI NATURY PO CC		
	CC PO CC		
	OGÓŁEM		
8. LICZBA PORODÓW W POŁOŻENIU MIEDNICOWYM PŁODU	POMOC RĘCZNA		
	CC		
	OGÓŁEM		
9. LICZBA PORODÓW Z CIAŻ DWUPŁODOWYCH	PSN		
	CC		
	OGÓŁEM		
	W TYM CC NA DRUGIM PŁODZIE		
10. PORODY Z CIAŻ WIĘCEJ NIŻ DWUPŁODOWYCH			
11. LICZBA DZIECI URODZONYCH OGÓŁEM			
12. W TYM LICZBA DZIECI Z WADAMI WRODZONYMI (DOTYCZĄCE MORFOLOGII)			
13. OKOŁOPORODOWE TRANSFUZJE KRWI			
14. LICZBA HISTEREKTOMII OKOŁOPORODOWYCH			
15. ZGONY OKOŁOPORODOWE MATEK*	CIĘŻARNEJ		
	RODZĄCEJ		
	POŁOŻNICY		
	W TYM PRZENIESIONYCH DO INNEGO OŚRODKA		

16. LICZBA MARTWO URODZONYCH DZIECI PO 24 TYGODNIU			
17. LICZBA DZIECI URODZONYCH Z PUNKTACJĄ APGAR ≤ 3 PKT W 1 MINUCIE ŻYCIA			
18. LICZBA DZIECI URODZONYCH Z PUNKTACJĄ APGAR ≤ 3 PKT W 5 MINUCIE			
19. LICZBA ZGONÓW DZIECI DO 7 DOBY			
20. LICZBA ZGONÓW DZIECI 8-28 DOBA W PRZYPADKU POBYTU W SZPITALU			
21. LICZBA DZIECI PRZENIESIONYCH DO INNEGO OŚRODKA Z POWODU WADY WRODZONEJ			
Z POWODU Z INNYCH POWODÓW			
22. PACJENTKI PRZEKAZANE DO INNEGO OŚRODKA	W CIĄŻY		
	PORODZIE PO		
23. KRWIAK	PO CC		
	KROCZA		
24. DYSTOCJA BARKOWA – LICZBA ZDARZEŃ			

* W każdym przypadku proszę o pilne zgłoszenie do specjalisty wojewódzkiego i wypełnienie karty analizy

SPRAWOZDANIE GINEKOLOGICZNE

NAZWA PROCEDURY		N	%
2. WYŁYŻECZKOWANIA ZWIĄZANE Z PORONIENIEM			
3. ABRAZJE			
4. HISTEROSKOPIE	NIEZABIEGOWE		
	ZABIEGOWE		
5. LAPAROSKOPIE	DIAGNOSTYCZNE		
	OPERACYJNE		
6. LAPAROTOMIE	OPERACJE PRZYDATKÓW		
	OPERACJE ZACHOWAWCZE NA MACICY		
	AMPUTACJE TRZONU MACICY		
	USUNIECIE MACICY DROGĄ BRZUSZNĄ		
7. USUNIECIE MACICY DROGĄ LPS			
8. USUNIĘCIE MACICY DROGĄ POCHWOWĄ			
9. OPERACJE W ZABURZENIACH STATYKI	BEZ MATERIAŁÓW OBCYCH		
	Z UŻYCIEM MATERIAŁÓW OBCYCH		
10. OPERACJE W NIETRZYMANIU MOCZU	TAŚMY ZAŁONOWE		
	TOT		
	INNE ZABIEGI		
11. OPERACJE W NOWOTWORACH	SZYJKI CIN		
	SZYJKI - RAK		
	TRZONU		
	JAJNIKA		
	SROMU		
12. REOPERACJE POWTÓRNE JAKO WYNIK POWIKŁAŃ WCZESNYCH			
13. DOSTĘPNOŚĆ BADANIA ŚRÓDOPERACYJNEGO CODZIENNIE			
14. ZGONY KOBIET W CZASIE 7 DNI OD OPERACJI *			

*W każdym przypadku proszę pilnie o zgłoszenie do specjalisty wojewódzkiego i wypełnienie karty analizy

Zawsze w przypadku zgonu pacjentki w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz w okresie pierwszych 7 dni po operacji ginekologicznej proszę o wypełnienie analizy zgonu pacjentki i niezwłoczne przesłanie jej.

Analiza zgonu pacjentki powinna zawierać następujące elementy:

1. Dane szpitala
2. Dane osobowe
3. Wywiad ogólny
4. Przebieg zdarzeń
5. Wyniki badań dodatkowych (istotnych)
6. Domniemana przyczyna zgonu podstawowa, wtórna.



INICJATYWA SZPITAL PRZYJAZNY DZIECKU SPRAWOZDANIE Z MONITORINGU

Nazwa Szpitala:

.....

Adres:

Nazwiska Członków zespołu:

.....

Data:

V.B. Zestawienie monitoringu

Nazwa i adres placówki:

Data zbierania danych:

Członkowie zespołu monitorującego:

Krok 1. Sporządzić na piśmie zasady postępowania sprzyjające karmieniu piersią i zapoznać z nimi cały personel

1.1 tak nie

1.2 tak nie

1.3 tak nie

Krok 2 . Przeszkolić wszystkich pracowników tak, aby mogli realizować powyższe zasady

2.1 tak nie

2.2 tak nie

2.3 tak nie

Ogólne informacje dotyczące kobiet wypełniających kwestionariusze przed wypisem

G1%
G2	V% C-WG.....% CG%
G3	KP% KM.....% NKP%
Krok 3. Informować wszystkie kobiety ciężarne o korzyściach karmienia piersią i postępowaniu podczas karmienia	
3.1	___%
Krok 4. Pomagać matkom w rozpoczynaniu karmienia piersią w ciągu pół godziny od urodzenia dziecka	
4.1	___%
4.2	___%
4.3	___%
4.4	___%
4.5	___%
Krok 5 Praktycznie nauczyć matki (zademonstrować) jak należy karmić piersią i jak utrzymać laktację nawet jeśli będą oddzielone od noworodków	
5.1	___%
5.2	___%
5.3	___%
5.4	___%
5.5	___%
Krok 6. Nie dokarmiać i nie dopajać noworodków niczym poza pokarmem kobiecym z wyjątkiem szczególnych wskazań medycznych	
6.1	___%
Krok 7. Stosować system "ROOMING-IN" umożliwiający matce przebywanie razem z dzieckiem (w jednym pokoju) od urodzenia i przez całą dobę	
7.1	___%
Krok 8. Zachęcać i ułatwiać karmienie piersią "na żądanie"	
8.1	___%

8.2	___%
Krok 9. Nie podawać smoczka niemowlętom karmionym piersią	
9.1	___%
9.2	___%
Krok 10. Angażować się w tworzenie i pracę grup kobiet wspierających się w karmieniu piersią i kierować do nich karmiące matki wypisywane ze szpitala lub będące pod opieką przychodni	
10.1	___%
10.2	___%
Zgodność z Kodeksem Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce	
K 1	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
K 2	___%
Opieka okołoporodowa przyjazna matce	
OOPM 1	___%
OOPM 2	___%
Podsumowanie	
Aby Inicjatywa Szpitala Przyjaznego Dziecku była realizowany, powyższe odpowiedzi muszą wynosić minimum:	
<input type="checkbox"/> Krok 1 „tak” dla wszystkich punktów każdego z dwóch punktów	<input type="checkbox"/> Krok 8 80% dla
<input type="checkbox"/> Krok 2 „tak” dla wszystkich punktów każdego z dwóch punktów	<input type="checkbox"/> Krok 9 80% dla
<input type="checkbox"/> Krok 3 70% dwóch punktów	<input type="checkbox"/> Krok 10 80% dla każdego z
<input type="checkbox"/> Krok 4 przynajmniej po 80% w trzech punktach i 70% w pozostałych 80%	<input type="checkbox"/> Kodeks "tak" oraz
<input type="checkbox"/> Krok 5 przynajmniej po 80% w trzech punktach i 50% w pozostałych jednym punkcie	<input type="checkbox"/> OOPM 80% w

i przynajmniej po 50% w każdym pozostałym

Krok 6 80%

Krok 7 80%

Placówka w sposób wystarczający wypełnia globalne kryteria dla Szpitala Przyjaznego Dziecku:

tak
nie

Osiągnięcie:

Wymagają udoskonalenia:

Sugerowane udoskonalenia:

ANKIETA NEONATOLOGICZNA dla oddziałów I poziomu referencji

I Dane organizacyjneSprawozdanie za rok ¹2021.....

Szpital (nazwa)

adres:

Oddział (nazwa)

Ordynator

Specjalista neonatolog ² TAK / NIEtel. kontaktowy: e-mail
(zalecany tel. kom.)

Z-ca Ordynatora

Specjalista neonatolog ³ TAK / NIEtel. kontaktowy: e-mail
(zalecany tel. kom.)

Pielęgniarka Oddziałowa

tel. kontaktowy:
(zalecany tel. kom.)

Wspólny dyżur neonatologiczno – pediatryczny TAK / NIE

Doradca laktacyjny TAK / NIE

Poradnia neonatologiczna TAK / NIE

¹ System sprawozdawczości zakłada okres roczny, ale wskazane jest co miesięczne gromadzenie danych cząstkowych² Dotyczy specjalizacji ordynatora danego oddziału³ Dotyczy specjalizacji zastępcy ordynatora danego oddziału

II Dane statystyczne oddziału

Noworodki żywo urodzone	SN	CC	VE	Kleszcze	Cięża mnogie	
					Bliźnięta	Inne

Zestawienie zbiorcze noworodków urodzonych w oddziale

Masa ciała noworodków urodzonych w oddziale (g)	liczba
<500	
500-999	
1000-1499	
1500-2499	
2500-4000	
>4000	

Zestawienie zbiorcze noworodków urodzonych w oddziale

Tygodnie ciąży noworodków urodzonych w oddziale	Liczba
<23	
23+0 - 28+6	
29+0 - 32+6	
33+0 - 36+6	
>= 37	

Zestawienie ogólne danych klinicznych

Rozpoznanania kliniczne	Liczba
Apgar ≤ 3	
Niewydolność oddechowa	
Zakażenie wrodzone	
Zakażenie późne (szpitalne) ⁴	
Wady wrodzone (wg Rejestru ogólnopolskiego)	

Liczba noworodków z wrodzonymi wadami rozwojowymi z podziałem na rodzaje wad

Wady wrodzone	Liczba
Wady serca	
Wady przewodu pokarmowego	
Wady układu moczowego	
Wady układu nerwowego	
Wady układu kostnego	
Zespoły wad	
Wady i zespoły letalne	
Inne	

Liczba noworodków przekazanych do leczenia hipotermią (włączone do leczenia)

L.p.	Inicjały matki (NI)	Płeć (M/Z)	Data urodzenia (DD/MM/RR)	Tygodnie ciąży.+ dni	m. c. ur. (g)	Apgar	Niewydolność oddechowa – – rodzaj wentylacji	Gazometria t. pępowinowa
								PH / BE

⁴ Zakażenie późne definiowane jako występujące > 72 godziny życia lub > 48 godzin pobytu w szpitalu (dla noworodka przyjmowanego z domu)

