

	<p>Karta Przekazania Pacjentki po Porodzie i Noworodka pod Opiekę Szpitala</p> <p>Szpital Miejski im. Franciszka Raszei</p>	<p>Wydanie 01 Strona 1/1</p>
	<p>Załącznik 2 do Standardu S-lp.004</p>	<p>Ważne od 05.08.2024</p>

IMIĘ I NAZWISKO:	
PESEL:	
ADRES:	
ROZPOZNANIE:	Ciąża.....Tydzień ..... TP..... OM.....
POWÓD TRANSFERU:	
DATA I GODZINA PODJĘCIA DECYZJI O TRANSFERZE:	
STAN OGÓLNY PACJENTKI:	HR: ..... RR..... Temp. ....
TĘTNO NOWORODKA:	HR: ..... Saturacja ..... Temp. ....
PRZEBIEG OPIEKI:	..... ..... ..... .....
PODJĘTE DZIAŁANIA:	..... ..... ..... .....
DATA I GODZINA PRZEKAZANIA OPIEKI:	
STAN OGÓLNY RODZĄCEJ:	HR: ..... RR..... Temp. ....
STAN OGÓLNY NOWORODKA:	HR: ..... Saturacja ..... Temp. ....
UWAGI:	..... ..... .....

Podpis i pieczętka osoby przekazującej opiekę:

Podpis i pieczętka osoby obejmującej opiekę: