

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU THEO DÕI SƠ SINH (Sau sinh)

MS: 50/BV2
Số bệnh án.....
Mã số của mẹ.....
Mã số trẻ sơ sinh.....

A. THÔNG TIN CHUNG

- Họ và tên (*In hoa*):
- Ngày sinh: giờ phút, ngày.....tháng..... năm 20.....
- Giới: Nam Nữ Chưa xác định
- Họ tên bố:..... Năm sinh:..... Nghề nghiệp:.....
- Họ tên mẹ:..... Năm sinh:..... Nghề nghiệp:.....
- Xét nghiệm của mẹ (đã có):
HbsAg: Âm tính Dương tính
Giang mai: Âm tính Dương tính
HIV: Âm tính Dương tính

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. THÔNG TIN CUỘC SINH VÀ THEO DÕI TRẺ SƠ SINH TRONG 90 PHÚT SAU SINH

1. Phần dành cho Hộ sinh/Điều dưỡng:

Giờ sinh:giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm 20.....
Tuổi thai: tuần theo dự kiến sinh
Tuổi thai: tuần theo đánh giá lâm sàng
Cách thức sinh: Sinh thường Sinh mổ Sinh mổ chủ động
Sinh chỉ huy Giác hút Forceps
Vị trí đặt trẻ: Da kề da Giường sưởi Khác
Da kề da ngay Không thực hiện Thực hiện từ 30 phút đến dưới 90 phút
sau sinh: Thực hiện trong vòng 30 phút Thực hiện từ 90 phút trở lên
Nước ối: Trong Xanh bẩn Lẫn máu
Rốn: cắt rốn muộn: phút Tình trạng mạch máu rốn:.....
Bú mẹ: Có Không
Thời gian bắt đầu bữa bú đầu tiên: sau sinhphút
Cân nặng:..... g Chiều dài:..... cm Vòng đầu:.....cm

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Hộ sinh/Điều dưỡng

(Ký, ghi rõ họ tên)

2. Phần dành cho bác sĩ

APGAR	Tim			Thở			Màu sắc da			Trương lực cơ			Phản xạ			Tổng số
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	
1 phút																
5 phút																
10 phút																

Dị tật bẩm sinh: Không Có, ghi rõ:.....

Hồi sức lúc sinh: Không Có:

Thở O₂: trong.....phút

Bóp bóng mask/NKQ: trong.....phút

Hồi sức tim phổi: trong.....phút

Thuốc:

Theo dõi: Có Không

SpO₂:

Kết quả sau hồi sức: Nhịp tim: lần/phút Nhịp thở lần/phút Nhiệt độ:.....°C

Màu sắc da:..... SpO₂.....

Tình trạng trẻ: Ổn định nằm cùng mẹ

Cần theo dõi thêm tại phòng sinh Cần chuyển đơn vị sơ sinh.

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ

(Ký, ghi rõ họ tên)

II. CHĂM SÓC SƠ SINH TIẾP THEO

1. Chỉ định dự phòng Không Có:

viêm gan B: Tiêm vắc xin viêm gan B: Liều dùng:.....

Tiêm HBIG: Liều dùng:.....

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

2. Tiêm vitamin K₁: Không Có:

Uống: Liều dùng:.....

Tiêm bắp: Liều dùng:.....

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

3. Tiêm phòng Lao: Không Có

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

4. Chỉ định dự phòng Không Có:

HIV: Loại thuốc:..... Liều dùng:.....

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

5. Sàng lọc sơ sinh: Không Có:

Máu gót chân Khác.....

Kết quả sàng lọc: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

6. Chăm sóc theo phương pháp

Kangaroo:

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:.....Chữ ký:.....

III. KHÁM RA VIỆN

Tuổi	< 24h	24h - 48h	48h - 72h	> 72h
Bú mẹ:	Hoàn toàn	Một phần	Ăn sữa công thức hoàn toàn	
Hình thể ngoài	Bình thường	Bất thường	Nhận xét và lưu ý:	
Dạ:	.....			
Đầu:	.....			
Tai mũi họng:	.....			
Hô hấp:	.....			
Tim mạch:	.....			
Tiêu hóa:	.....			
Cuống rốn:	.....			
Sinh dục - tiết niệu	.....			
Thần kinh:	.....			
Cơ - xương - khớp háng	.....			
Khác: .....	.....			
Nhận định:	Ổn định, ra viện	Ra viện, điều trị ngoại trú		
	Chuyển khoa	Chuyển viện		

Những vấn đề cần được theo dõi tiếp:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hẹn tái khám: ngày..... tháng..... năm 20.....

Ngày.....tháng.....năm
20.....

Bác sĩ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)