

**ZPRÁVA O NOVOROZENCI**

OBSAHUJE **KÓDY** (PRO ZADÁVÁNÍ DO REGISTRU) JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK

<b>Zpráva č.</b> <input type="text"/>	<b>Číslo dítěte (chorobopisu)</b> <input type="text"/>	<b>Identifikace zařízení: IČO/PČZ/oddělení</b> <input type="text"/>																										
<b>1. Novorozenec</b>	<b>Rodné číslo novorozence</b> <input type="text"/>	<b>Zdravotní pojišťovna novorozence</b> <input type="text"/>																										
	<b>Státní občanství novorozence</b> <input type="text"/>	<b>Jméno a příjmení:</b> novorozence .....																										
	<b>Rodné číslo matky</b> <input type="text"/>	matky .....																										
<b>Četnost těhotenství</b> <input type="text"/>	<b>Pořadí (X, A, B, C)</b> <input type="text"/>	<b>Otec—rok narození</b> <input type="text"/>																										
<b>Obec bydliště matky</b> .....		<b>Číslo obce bydliště matky</b> <input type="text"/>																										
<b>Číslo obce s rozšířenou působností</b> <input type="text"/>		<b>Číslo kraje a okresu</b> <input type="text"/>																										
<b>2. Porodní sál</b>	<b>Porod</b> 1 <input type="checkbox"/> v perinatologickém centru 2 <input type="checkbox"/> v intermediárním centru 3 <input type="checkbox"/> v jiném zařízení	4 <input type="checkbox"/> plánovaně doma 5 <input type="checkbox"/> jiné okolnosti 6 <input type="checkbox"/> nalezené v babyboxu	<b>Způsob porodu</b> 3 <input type="checkbox"/> spontánně vaginálně 4 <input type="checkbox"/> operativně vaginálně (VEX, kleště) 5 <input type="checkbox"/> akutní císařský řez 6 <input type="checkbox"/> elektivní císařský řez																									
	<b>Datum narození</b> <input type="text"/> rok      měsíc      den      hodina      minuta	<b>Porodní údaje</b> <input type="text"/> hmotnost (g)	<b>Poloha plodu</b> 1 <input type="checkbox"/> záhlavím 2 <input type="checkbox"/> koncem pánevním 3 <input type="checkbox"/> jiná	<b>Apgarové skóre</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>akce</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>dech</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>tonus</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>reflex</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>barva</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>celkem</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	akce	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dech	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	tonus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	reflex	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	barva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	celkem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	akce	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
	dech	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
tonus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
reflex	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
barva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
celkem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
<b>Vitalita</b> 1 <input type="checkbox"/> živě 2 <input type="checkbox"/> mrtvě	<b>Pohlaví</b> 1 <input type="checkbox"/> chlapec 2 <input type="checkbox"/> dívka 3 <input type="checkbox"/> ns	<b>Péče na sále</b> 1 <input type="checkbox"/> časné přiložení 2 <input type="checkbox"/> odložený podvaz pupečnicku 3 <input type="checkbox"/> bonding 9 <input type="checkbox"/> žádná z uvedených	<b>Léčba na sále</b> 5 <input type="checkbox"/> léky 6 <input type="checkbox"/> CPAP 7 <input type="checkbox"/> žádná 8 <input type="checkbox"/> nepřijetí do péče																									
<b>Délka (cm)</b> <input type="text"/>	<b>gestační stáří</b> <input type="text"/>																											
<b>3. Oddělení</b>	<b>Datum a čas přijetí na oddělení</b> <input type="text"/> rok      měsíc      den      hodina      minuta	<b>Léčba</b> 01 <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> 02 <input type="checkbox"/> NIV .....počet dní NIV <input type="text"/> 03 <input type="checkbox"/> UPV .....počet dní UPV <input type="text"/> 04 <input type="checkbox"/> antenatální steroidy 05 <input type="checkbox"/> surfaktant 06 <input type="checkbox"/> steroidy pro BPD 07 <input type="checkbox"/> ligace PDA 08 <input type="checkbox"/> operace .....operační Dg. <input type="text"/> 09 <input type="checkbox"/> řízená hypotermie 10 <input type="checkbox"/> žádná 11 <input type="checkbox"/> antibiotika .....počet dní atb <input type="text"/> 12 <input type="checkbox"/> iNO 13 <input type="checkbox"/> inotropní podpora	<b>Vybrané nemoci a komplikace</b> 01 <input type="checkbox"/> HIE II.–III. stupně 02 <input type="checkbox"/> cPVL 03 <input type="checkbox"/> PIVH III. + drenáž/PIVH IV. st. 04 <input type="checkbox"/> meningitida/encefalitida 05 <input type="checkbox"/> sepse časná (do 3. dne) 06 <input type="checkbox"/> sepse pozdní (po 3. dnu) 07 <input type="checkbox"/> ROP III. st. 08 <input type="checkbox"/> RDS 09 <input type="checkbox"/> BPD 10 <input type="checkbox"/> Air-leak syndrome 11 <input type="checkbox"/> NEC 12 <input type="checkbox"/> hsPDA 13 <input type="checkbox"/> PPHN 14 <input type="checkbox"/> ARDS 15 <input type="checkbox"/> jiné 99 <input type="checkbox"/> žádné																									
	<b>Provedený screening</b> 1 <input type="checkbox"/> NLS z kapky krve 2 <input type="checkbox"/> koarktace AO (puls AF) 3 <input type="checkbox"/> katarakta 4 <input type="checkbox"/> sluch 5 <input type="checkbox"/> kyčle 6 <input type="checkbox"/> jiný <input type="text"/> jaký 9 <input type="checkbox"/> žádný	<b>Screening sluchu—metoda</b> 1 <input type="checkbox"/> TEOAE 2 <input type="checkbox"/> AABR	<b>Screening sluchu—výsledek</b> 1 <input type="checkbox"/> normální 2 <input type="checkbox"/> abnormální	<b>Vitamin K</b> 1 <input type="checkbox"/> i.m. 2 <input type="checkbox"/> p.o. 3 <input type="checkbox"/> i.v. 4 <input type="checkbox"/> ne																								
	<b>Vrozená vada</b> 1 <input type="checkbox"/> ano 2 <input type="checkbox"/> ne	<b>Abnormální screening sluchu—strana</b> <input type="checkbox"/> P nevybavné (checkbox) <input checked="" type="checkbox"/> L nevybavné (checkbox)	<b>Dg.</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																									
<b>4. Propuštění, překlad, úmrtí</b>	<b>Datum a hodina ukončení ZN</b> <input type="text"/> rok      měsíc      den      hodina      minuta	<b>Výživa</b> 01 <input type="checkbox"/> výlučně kojení 02 <input type="checkbox"/> dokrm formulí 03 <input type="checkbox"/> formule 04 <input type="checkbox"/> parenterální 05 <input type="checkbox"/> ne - úmrtí po porodu 00 <input type="checkbox"/> mrtvě narozené dítě	<b>Důvod ukončení ZN</b> 1 <input type="checkbox"/> propuštění domů 2 <input type="checkbox"/> překlad do léč. zařízení (odd.) ..... 3 <input type="checkbox"/> překlad do <b>dětského centra</b> ..... 4 <input type="checkbox"/> úmrtí .....příčina: 5 <input type="checkbox"/> dovršení 3 měsíců																									
	<b>Hodnoty při propuštění</b> <input type="text"/> <input type="text"/> hmotnost (g)      obvod hlavy (cm)	<b>Překlad:</b> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> hypoxie/IVH 2 <input type="checkbox"/> infekce 3 <input type="checkbox"/> respirace	4 <input type="checkbox"/> VVV 5 <input type="checkbox"/> jiné 6 <input type="checkbox"/> ukončení IP																								
	<b>Další diagnózy (MKN-10) při propuštění, překladu, úmrtí (příčina smrti) - z hlediska zdravotního stavu dítěte</b>																											
	hlavní <input type="text"/>	vedlejší <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								