



Záznam antenatálním úmrtím nebo potratu

1. Příjmení plodu : _____ pojišťovna _____

2. _____ porodu – potratu
rok měsíc den hod. min.

3. Matka: Příjmení _____ Jméno _____ r.č.: _____

Choroby před touto graviditou – jaké : _____

Celkový počet gravidit : _____

Předchozí antenatální úmrtí (nad 1000g) – počet : _____

Předchozí potraty – spontánní : _____

interupce : _____

4. Nynější gravidita :

Riziková – důvody : _____

Hospitalizace matky – naposledy od : _____ důvody: _____

Amniocentéza – datum provedení : _____

UZ vyšetření – datum posledního : _____

Dokončený týden gravidity : _____

Ozvy plodu – zastiženy naposledy : datum _____ hod. _____

5. Jde o: porod - potrat

spontánní

indukovaný – datum indukce _____ hod. _____

operativní – způsob : _____

poloha plodu : _____ hmotnost plodu: _____

6. Placenta: hmotnost : _____ patologie _____

7. Pupečník: patologie _____

8. Byla – li zjištěna intrauterinně **genetická vada**, jaká: _____

9. Jiné závažné údaje, které nejsou v „Záznamu“ uvedeny: _____

razítko

čitelný podpis lékaře

pozn.: **PLODY ZASÍLEJTE NEFIXOVANÉ!!!**

PLACENTY FIXOVANÉ VE FORMOLU !!!

Žádají rodiče POHŘEB ?

ANO – NE

Zpracoval: Blanka Véghová
Manager kvality

Účinnost dokumentu
od: 19.11.2013