

12. Wywiad ginekologiczny:

.....
.....

III. WYWIAD Z OBECNEJ CIĄŻY:

13. Przebieg obecnej ciąży: data ostatniej miesiączki: Liczba wizyt:

pierwsza wizyta (data, tydzień ciąży): ostatnia wizyta, data:

wzrost: masa ciała (przed ciążą): Przyrost masy ciała:

Czynniki ryzyka wg. Karty oceny czynników ryzyka ciążowego (rozpoznanie 0 tydzień ciąży):

.....

14. Choroby w czasie obecnej ciąży, powikłania ciąży, leczenie, pobyty w szpitalu:

.....
.....
.....
.....
.....

15. Tydzień ciąży (jeśli nie znany – trymestr) w chwili jej ukończenia/lub zgonu:

16. Data i godzina przyjęcia do szpitala (nazwa szpitala, oddział, miejscowość, województwo):

.....
.....
.....

17. Stan przy przyjęciu (powód przyjęcia, stan pęcherza płodowego):

.....
.....
.....
.....

18. Data i godzina poronienia lub porodu:

19. Postępowanie kończące ciążę:

a) poronienie samoistne, sztuczne, ciąża ektopowa

b) poród samoistny, poród samoistny po poprzednim cięciu cesarskim, cięcie cesarskie pierwotne, ponowne, cięcie cesarskie podczas ciąży: planowe, nagłe, poród kleszczowy, próżnociąg położniczy, pomoc ręczna, obrót i ręczne wydobywanie, kontrola jamy macicy, ręczne wydobywanie łożyska, inne:

.....
.....
.....

Warunki i wskazania:

.....
.....
.....

Opis trudności i powikłań:

.....
.....
.....

20. Postępowanie operacyjne przy powikłaniach okołoporodowych i w porożu:

zeszycie pękniętej szyjki, **macicy**, **wycięcie macicy**, **zeszycie uszkodzeń innych narządów**, inne:

.....
.....
.....

21. Typ znieczulenia w czasie porodu lub przy innym postępowaniu operacyjnym (powikłania):

.....
.....

22. Inne postępowanie lecznicze:

.....
.....
.....

23. Zgon matki:

a) **podczas ciąży: ciąża ektopowa, poronienie wczesne do 12 t.c., poronienie późne do 22 t.c., poród przedwczesny od 23 do 37 t.c., poród o czasie**

b) w czasie porodu: I okres, II okres, III okres

c) w porożu godzina, doba:

d) **zmarła ciężarna nierozwiązana**

24. Noworodek: masa urodzeniowa: g. Płeć:
urodzenie żywe – stan noworodka po urodzeniu pkt. Apgar.
urodzenia martwe

Opis:
.....
.....
.....
.....

25. Miejsce początkowych objawów poprzedzających lub prowadzących do zgonu:
dom, szpital, przychodnia, inne:
.....
.....
.....

IV. KALENDARZ ZDARZEŃ

Tabela chronologii zdarzeń w związku ze zgonem matki:

Data i godzina	Przebieg kliniczny (od przyjęcia do szpitala) Objawy, wyniki badania przedmiotowego	Wyniki badań dodatkowych oraz postępowanie lecznicze

V. ROZPOZNANIE KOŃCOWE

26. Rozpoznani patomorfologiczne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

27. Powikłania lub uwarunkowania przebiegu ciąży, porodu i porodu prowadzące do ostatecznej przyczyny zgonu matki lub najbardziej bezpośrednio związane z przyczyną zgonu (kolejność wg. znaczenia):

- a)
- b)
- c)

28. Rozpoznanie kliniczne: Nr stat. wg. ICD – 10 rozdział XV:

- a) podstawowe

--	--	--	--	--
- b)

--	--	--	--	--
- c)

--	--	--	--	--
- d)

--	--	--	--	--

29. Zgon niepołożniczy (wypadek i inne)

--	--	--	--	--

Przyczyny:

.....

.....

.....

.....

Inspektor Wojewódzki
d/s położnictwa i ginekologii

Ordynator Oddziału Położniczego

Specjalista Wojewódzki d/s położnictwa i ginekologii

Uwaga: dodatkowe opinie, orzeczenia, ekspertyzy, konsultacje powinny być załączone w kopiach. Prosimy nie przysyłać oryginałów historii chorób i innych dokumentów.

VI. OPINIA SPECJALISTY WOJEWÓDZKIEGO – REGIONALNEGO DS. POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII:

(uzasadnienie, wnioski praktyczne i zalecenia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis: