

ФОРМА ПЕРВИННОЇ ОБЛІКОВОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ N 113/О

ОБМІННА  
*Карта*





Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу _____ _____ _____	Медична документація Форма №113/о Затверджено Наказ МОЗ України 13.02.2006 №67	Код форми за ЗКУД □□□□□□□□ Код закладу за ЗКПО □□□□□□□□
--	--	--

## ОБМІННА КАРТА

пологового будинку, пологового відділення лікарні  
Відомості жіночої консультації про вагітну

(заповнюється на кожну вагітну і видається на руки з моменту становлення на облік)

1. ПІБ \_\_\_\_\_
2. ВІК \_\_\_\_\_ 3. АДРЕСА \_\_\_\_\_
4. ПЕРЕНЕСЕНІ ЗАГАЛЬНІ, ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ \_\_\_\_\_
5. КОТРА ВАГІТНІСТЬ \_\_\_\_\_, котрі пологи \_\_\_\_\_
6. ПОЛОГИ: термінові (рік) \_\_\_\_\_,  
ПЕРЕДЧАСНІ (рік, у якому терміні) \_\_\_\_\_  
Дитина народилася з вагою \_\_\_\_\_, жива, мертва, померла (потрібне підкреслити)
7. БУЛО АБОРТІВ \_\_\_\_\_ штучні (рік, у якому терміні) \_\_\_\_\_,  
самовільні (рік, у якому терміні) \_\_\_\_\_
8. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОПЕРЕДНІХ ВАГІТНОСТЕЙ, ПОЛОГІВ, ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ \_\_\_\_\_
9. ПЕРШИЙ ДЕНЬ ОСТАННЬОЇ МЕНСТРУАЦІЇ \_\_\_\_\_
10. СТРОК ВАГІТНОСТІ \_\_\_\_\_ ТИЖНІВ ПРИ ПЕРШОМУ ВІДВІДУВАННІ «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ Р.
11. ПЕРШЕ ВОРУШІННЯ ПЛОДУ \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)
12. РОЗМІРИ ТАЗУ D.sp. \_\_\_\_\_ D.cr. \_\_\_\_\_ D. torch. \_\_\_\_\_  
C.ext. \_\_\_\_\_ C.diag. \_\_\_\_\_ C.vera. \_\_\_\_\_
13. ЗРІСТ \_\_\_\_\_ ВАГА при першому зверненні \_\_\_\_\_
14. ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДУ \_\_\_\_\_  
Частина, що передлежить: голівка, сідниці, не визначається (підкреслити)  
Серцебиття плоду: ясне, ритмічне, ударів \_\_\_\_\_ за хвилину, зліва, справа (підкреслити)
15. ДАТА ВИДАЧІ ЛИСТКА НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ АБО ДОВІДКА В ЗВ'ЯЗКУ З ВАГІТНІСТЮ І ПОЛОГАМИ «\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ р. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ р.
16. ПЕРЕДБАЧУВАНИЙ ТЕРМІН ПОЛОГІВ \_\_\_\_\_

### ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНШІ ДОСЛІДЖЕННЯ

<b>Група крові вагітної</b>		<b>Група крові батька дитини</b>	
Дата встановлення	«__» _____ 20__ р.	Дата встановлення	«__» _____ 20__ р.
<b>Rh-належність вагітної</b>		<b>Rh-належність батька</b>	
Дата встановлення	«__» _____ 20__ р.	Дата встановлення	«__» _____ 20__ р.
Підпис			
Дані про введення Ig анти резус при попередній вагітності		Дані про введення Ig анти резус при теперішній вагітності	

18. ОБСТЕЖЕННЯ НА RW				19. ВІЛ				20. HBSAG			
«	»	20	р. №	«	»	20	р. №	«	»	20.	р. №
«	»	20	р. №	«	»	20	р. №				
				«	»	20	р. №				

### 21. КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ

Дата													
Еритроцити													
Гемоглобін													
Кольоровий показник													
Лейкоцити	нейтрофіли												
	палочкоядерні												
	сегментоядерні												
	еозинофіли												
	базофіли												
	лімфоцити												
	моноцити												
ШОЕ													
Тромбоцити													
Гематокрит													
Згортальна система													

### 22. ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ

Дата													
Цукор													
Білок													
Лейкоцити													
Еритроцити													
Солі													
Бактерії													

Бактеріологічне дослідження сечі: \_\_\_\_\_

(при першому зверненні)

(в 35-36 тижнів)

### 23. БАКТЕРІОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКІВ З ПІХВИ

Дата									
	С	V	U	С	V	U	С	V	U
Гонококи									
Лейкоцити									
Епітелій									
Флора									
Трихомонади									
Кандиди									
Ключові клітини									
pH піхви									

### 24. РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ НА TORCH – ІНФЕКЦІЇ

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**25. ІНШІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**26. ОБСТЕЖЕННЯ У ІНШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ**

- Терапевт \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Стоматолог \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ЛОР \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Окуліст \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**27. ДВОГОДИННИЙ ТЕСТ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ГЛЮКОЗИ**

- при взятті на облік \_\_\_\_\_
- в 24–28 тижнів вагітності \_\_\_\_\_

**28. КОНСУЛЬТАЦІЯ ЛІКАРЯ-ГЕНЕТИКА (6-8 ТИЖНІВ):**

1. \_\_\_\_\_

**2. СКРИНІНГ НА ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ПЛОДУ (16-18 ТИЖНІВ):**

- АФП \_\_\_\_\_
- βХГЧ \_\_\_\_\_
- Естріол \_\_\_\_\_

**29. ОБСТЕЖЕННЯ СІМ'Ї НА ТУБЕРКУЛЬОЗ:**

- Чоловік (ФЛГ) \_\_\_\_\_
- діти (р. Манту) \_\_\_\_\_

**30. УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**

1. (11 тиж. <sup>+1день</sup> – 13 тиж. <sup>+6днів</sup>) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ П. І. Б. лікаря \_\_\_\_\_

2. (18 тиж. – 21 тиж. <sup>+6днів</sup>) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ П. І. Б. лікаря \_\_\_\_\_

3. (за призначенням) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ П. І. Б. лікаря \_\_\_\_\_

4. (за призначенням) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ П. І. Б. лікаря \_\_\_\_\_











Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, у сфері управління яких перебуває заклад _____ Найменування та повна адреса закладу _____ Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ		Медична документація Форма первинної облікової документації №113/о Затверджено Наказ МОЗ України 13.02.2006 №67
<b>ОБМІННА КАРТА</b> <b>пологового будинку, пологового відділення лікарні</b> <b>Талон 2. Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про породілля</b>		

1. Прізвище, ім'я, по батькові породіллі \_\_\_\_\_
2. Місце проживання \_\_\_\_\_
3. Пологи відбулися (число, місяць, рік) \_\_\_\_\_
4. Від якої вагітності за рахунком народилася дитина \_\_\_\_\_ з терміном вагітності \_\_\_\_\_ тижнів, Попередні вагітності закінчилися: абортми (штучними, самовільними) \_\_\_\_\_, пологами \_\_\_\_\_, у т.ч. з мертвим плодом \_\_\_\_\_.
5. Пологи одноплідні, багатоплідні (підкреслити); при багатоплідних пологах народилася \_\_\_\_\_ за рахунком.
6. Особливості перебігу пологів (тривалість, ускладнення в пологах у матері і плоду)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Знеболювання: застосовувалося, ні (підкреслити), яке, ефективність \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. Перебіг післяпологового періоду (захворювання) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. Виписана на \_\_\_\_\_ день після пологів.
10. Стан матері при виписці \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Стан дитини при народженні \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 у пологовому будинку \_\_\_\_\_  
 при виписці \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
12. Вага дитини: при народженні \_\_\_\_\_, при виписці \_\_\_\_\_
13. Зріст дитини при народженні \_\_\_\_\_
14. Чи потребує патронаж мати: так, ні (підкреслити), показання \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
15. Особливі зауваження \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Лікар акушер-гінеколог \_\_\_\_\_ (прізвище, підпис)



Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, у сфері управління яких перебуває заклад \_\_\_\_\_

Найменування та повна адреса закладу \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ | | | | | | | | | |

Медична документація  
Форма первинної облікової документації  
№113/о  
Затверджено  
Наказ МОЗ України  
13.02.2006 №67

**ОБМІННА КАРТА**  
**пологового будинку, пологового відділення лікарні**  
**Талон 3. Відомості пологового будинку,**  
**пологового відділення лікарні про новонародженого**

1. Прізвище, ім'я, по батькові породіллі \_\_\_\_\_
2. Місце проживання \_\_\_\_\_
3. Пологи відбулись \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)
4. Від якої вагітності за рахунком народилася дитина \_\_\_\_\_ з терміном вагітності \_\_\_\_\_ тижнів  
Попередні вагітності закінчились: абортами (штучними, самовільними) \_\_\_\_\_, пологами \_\_\_\_\_, у тому числі з мертвим плодом \_\_\_\_\_
5. Пологи одноплідні, багатоплідні (підкреслити); при багатоплідних пологах народилася \_\_\_\_\_ за рахунком
6. Особливості перебігу вагітності  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Особливості перебігу пологів (тривалість, ускладнення в пологах у матері і плоду)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Знеболювання застосовувалось, ні (підкреслити), яке, ефективність  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Перебіг післяпологового періоду (захворювання)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Виписаний на \_\_\_\_\_ день після пологів
11. Стан матері при виписці \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ВІДОМОСТІ ПРО НОВОНАРОДЖЕНОГО

12. Стать дитини: хлопчик, дівчинка (підкреслити), зріст при народженні \_\_\_\_\_ см, вага при народженні \_\_\_\_\_ г, при виписці \_\_\_\_\_ г.

13. Фізіологічна втрата маси тіла \_\_\_\_\_ г, вага стабілізувалась на \_\_\_\_\_ добу.

14. Стан дитини:

при народженні – оцінка за шкалою Апгар – закричав: зразу, ні (підкреслити), чи проводились засоби щодо оживлення (які) \_\_\_\_\_

спільне перебування з матір'ю з \_\_\_\_\_ години після пологів, прикладання до грудей на \_\_\_\_\_ годині після пологів, лактація достатня: так, ні (підкреслити), вигодовування – грудне, змішаним молоком матері (підкреслити), у разі переведення на штучне вигодовування – указати причину \_\_\_\_\_

вигодовування молочною сумішшю, додоювання (указати, чим саме) в об'ємі \_\_\_\_\_

залишок пуповини відпав на \_\_\_\_\_ добу, стан пупкової ранки (чиста, суха, інше) \_\_\_\_\_

15. Перебіг періоду адаптації \_\_\_\_\_

16. Додаткові обстеження \_\_\_\_\_

17. Терапія, режим \_\_\_\_\_

18. Вакцинація БЦЖ \_\_\_\_\_ 20\_\_ р., 0,05 мг в 1 мл; серія \_\_\_\_\_, контроль \_\_\_\_\_. Якщо ні, то вказати причину \_\_\_\_\_

ВГВ \_\_\_\_\_

Строк придатності \_\_\_\_\_, виробник \_\_\_\_\_

19. Скринінг на ФКУ: дата \_\_\_\_\_, результат \_\_\_\_\_

20. Лекція з догляду за дитиною та вигодовування проведена \_\_\_\_\_, ким (лікар-неонатолог, медсестра) \_\_\_\_\_

21. Дитина виписана в задовільному стані на \_\_\_\_\_ добу з вагою тіла \_\_\_\_\_ г

22. Діагноз \_\_\_\_\_

23. Рекомендовано огляд дільничного лікаря в перші дві доби після виписки, консультації.

24. Група здоров'я \_\_\_\_\_

25. Рекомендації \_\_\_\_\_

26. Особливі зауваження \_\_\_\_\_

Лікар акушер-гінеколог \_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
(прізвище, підпис) Лікар педіатр-неонатолог  
(прізвище, підпис)

Зав. відділенням новонароджених (прізвище, підпис) \_\_\_\_\_



