



Data.....

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta (data urodzenia, pesel, adres zamieszkania)

.....
.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (adres, telefon)

.....
.....

Diagnoza medyczna pacjenta (opinia, orzeczenie, dawki leki)

.....
.....

Przebieg ciąży (zażywane leki, tydzień porodu, naturalny, cesarskie cięcie, komplikacje)

.....
.....

Przebieg porodu (waga, Apgar, żółtaczka fizjologiczna, komplikacje poporodowe)

.....
.....

Stan po porodzie (karmienie, stan wędzidełka, sen dziecka)

.....
.....

Reakcje na szczepienia

.....

Rozwój motoryczny dziecka: podnoszenie główki....., przetaczanie.....,
pełzanie....., samodzielny siad....., raczkowanie.....,
wstawanie....., chodzenie.....

Ocena fizjoterapeutyczna:

- supinacja.....
.....
- pronacja.....
.....
- raczkownie.....
- wstawanie oraz samodzielny chód
.....
.....
- przyjmowanie pozycji stojącej
.....
.....

Lekarze, specjaliści (konsultacje)

.....
.....

Integracja sensoryczna (zaburzenia SI)

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi rodzica

.....

.....

.....

Uzgodnienia z rodzicami (instruktaż pielęgnacji, noszenia, ćwiczenia z dzieckiem do domu).....

.....

.....

.....

.....

.....

Wizyta kontrolna

.....

.....

.....