

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнена форма _____ Код за ЄДРПОУ _____										МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 003-16/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України № _____																													
Карта інтенсивної терапії новонародженого																																							
Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта										Номер карти стаціонарного хворого										Дата																			
МТ при народженні: _____ г Обвід голови: _____ см Довжина тіла: _____ см										Дата і час народження:										ГВ: _____ тиж					ПМВ: _____ тиж					Вік _____ днів					Група крові: Rh: _____				
МТ сьогодні: _____ г					Фізіологічна потреба у рідині: _____ мл/кг/добу					мл/добу					Нотатки:																								
Динаміка МТ: ± _____ г					Додаткові втрати: _____ мл/кг/добу					мл/добу																													
± _____ % від МТН					Гострий дефіцит: _____ г (мл) _____ %																																		
МТ для розрахунків: _____ г					Потрібний об'єм рідини: _____ мл/добу _____ мл/кг/добу																																		
Парентеральне харчування й інфузійна терапія										Інші призначення										Ентеральне харчування																			
IV №1		Кількість (мл)		IV №2		Кількість (мл)		Години		Лікарський засіб		Доза		Шлях		Трив.		Розведення		Добовий об'єм: _____ мл/кг					% заг. об'єму: _____														
																				Призначено: _____					б		ж		в		ккал								
																				К-ть саше збагачувача: _____					б				ккал										
																				Метод годування:																			
																				12 ⁰⁰				мл		24 ⁰⁰				мл									
																				15 ⁰⁰				мл		3 ⁰⁰				мл									
																				18 ⁰⁰				мл		6 ⁰⁰				мл									
																				21 ⁰⁰				мл		9 ⁰⁰				мл									
																						Збільшення об'єму ЕХ за добу на: _____ мл/кг																	
																						Загалом призначено на добу																	
																						Білок/енергія: _____ Небілкових ккал/1 г білка: _____																	
																						Сумарно		ЕХ		ПЕХ													
																				Рідина		мл/кг		мл		мл		мл											
																				Білки		г/кг		г		г		г		ккал									
																				Жири		г/кг		г		г		г		ккал									
																				Вуглеводи		г/кг		г		г		г		ккал									
																				Енергія		ккал/кг		ккал		ккал				ккал									
Фототерапія: ☐ Розпочати, година: _____ ☐ Припинити, година: _____ ☐ Продовжити										Загалом уведено: _____										мл		Виведено: _____ мл																	

Лікар: _____

(прізвище, ініціали)

(підпис)

Сестра/брат медичний: _____

(прізвище, ініціали)

(підпис)

**Директор Департаменту
медичний послуг**

Валерія СОРУЧАН