|  |  |
| --- | --- |
|  | Додаток 6до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»(пункт 3.3 розділу ІІІ) |

**ЕПІКРИЗ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ**

**Прізвище, ім’я, по батькові:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вік:\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата народження:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адреса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата операції кесарева розтину: [\_]\_]/[\_]\_]/20[\_]\_]**

**Дата виписки:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** |  | **Розтин матки** |
| **Вагітність № \_\_\_\_\_** |  | В нижньому сегменті поперечний  |  |
| **Пологи № \_\_\_\_\_** |  | Корпоральний |  |
| **Передчасні (до 37 тижнів)** |  | *Інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Профілактика інфекції* *Препарат, доза**Кратність**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **Термінові (37-42 тижнів)** |  |
| **Після 42 тижнів** |  | **Ушивання розтину матки** |
| Плановий кесарів розтин |  | Шовний матеріал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ургентний кесарів розтин **Категорія ургентності: 1, 2, 3** |  |  | Однорядний шов |  |
| **Показання** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Дворядний шов  |  |
|  | **Загальна крововтрата** |
| 500 – 999 мл>1000 мл |  |
|  **Анестезія** | Загальна |  |  | Переливання  |  |
|  |  |  | плазми  |  |
|  |  |  | еритроцитарної маси |  |
| Спінальна |  |  | **Мати переведено до:** |
| Епідуральна |  |  |
| *Інше* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Палати інтенсивної терапії  |  |
|  |  | Післяпологової палати саму |  |
|  | **Ускладнення**  | Післяпологової палати разом з дитиною (дітьми) |  |
| Кровотеча  |  |  | Іншого закладу |  |
| Інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Призначені медикаменти** |
| Гістеректомія, уточніть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Інші втручання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Тривалість операції  |  |  |

**Інформація про новонародженого**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Новонароджений** | **1-ша дитина** | **2-га дитина** | **3-тя дитина** |
| Стан при народженні  | Жива  | Антенатальна загибель плода | Інтранатальна загибель плода | Жива  | Антенатальна загибель плода | Інтранатальна загибель плода | Жива  | Антенатальна загибель плода | Інтранатальна загибель плода |
| Оцінка за Апгар | 1 хв. |  |  |  |
| 5 хв. |  |  |  |
| Первинна реанімація | Так | Ні | Так | Ні | Так | НІ |
| При наявності видимих вад, уточніть: |  |  |  |
| Маса / Довжина тіла | **[\_]\_]\_]\_]/[\_]\_]** | **[\_]\_]\_]\_]/[\_]\_]** | **[\_]\_]\_]\_]/[\_]\_]** |
| Стать  | Ч | Ж | Ч | Ж | Ч | Ж |
| **Новонародженого переведено до:** |  |  |  |
| Відділення спільного перебування |  |  |  |
| Палати інтенсивної терапії |  |  |  |
| Дитячого відділення  |  |  |  |
| Іншого стаціонару  |  |  |  |

\* Оцінювання за шкалою Апгар здійснюють під час надання реанімаційної допомоги дитині наприкінці 1-ї та 5-ї хвилин після народження незалежно від терміну гестації і маси тіла новонародженого. Якщо результат оцінювання на 5-й хвилині менше 7 балів, додаткове оцінювання треба проводити кожні 5 хв до 20 хвилин життя дитини.

**Перебіг післяопераційного періоду**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тривалість перебування в стаціонарі після операції кесарева розтину | Температура тіла породіллі ≥ 37,6º С пізніше 48 годин після операції  | Призначення антибіотків більше однієї доби | Дренування черевної порожнини | Інфекція рани | Кюретаж матки |
|  |  |  |  |  |  |

Коментар**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Клінічний діагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ускладнення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Інші втручання **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендації по плануванню сім’ї **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Акушер-гінеколог: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Підпис**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_