

Dự tật bẩm sinh: Không Có, ghi rõ:.....
 Hồi sức lúc sinh: Không Có:
 Thở O₂:phút
 Bóp bóng mask/NKQ:phút
 Hồi sức tim phổi:phút
 Thuốc:
 Theo dõi: Có Không
 SpO₂:
 Kết quả sau hồi sức: Nhịp tim: lần/phút Nhịp thở lần/phút Nhiệt độ:.....°C
 Màu sắc da:..... SpO₂:.....
 Tình trạng trẻ: Ổn định nằm cùng mẹ
 Cần theo dõi thêm tại phòng sinh Cần chuyển đơn vị sơ sinh.
 Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ
 (Ký, ghi rõ họ tên)

II. CHĂM SÓC SƠ SINH TIẾP THEO

1. Chỉ định dự phòng viêm gan B: Không Có:
 Tiêm vắc xin viêm gan B: Liều dùng:.....
 Tiêm HBIG: Liều dùng:.....
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

2. Tiêm vitamin K₁: Không Có:
 Uống: Liều dùng:.....
 Tiêm bắp: Liều dùng:.....
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

3. Tiêm phòng Lao: Không Có
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

4. Chỉ định dự phòng HIV: Không Có:
 Loại thuốc:..... Liều dùng:.....
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

5. Sàng lọc sơ sinh: Không Có:
 Máu gót chân Khác:.....
 Kết quả sàng lọc:
 Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....
 Ngày...../...../20.....
 Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

6. Chăm sóc theo phương pháp Không Có, ngắt quãng Có, trên 20 tiếng

Kangaroo:

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... Chữ ký:.....

III. KHÁM RA VIỆN

Tuổi < 24h 24h - 48h 48h - 72h > 72h
Bú mẹ: Hoàn toàn Một phần Ăn sữa công thức hoàn toàn

Hình thể ngoài Bình thường Bất thường Nhận xét và lưu ý:

Da:
Đầu:
Tai mũi họng:
Hô hấp:
Tim mạch:
Tiêu hóa:
Cuống rốn:
Sinh dục - tiết niệu
Thần kinh:
Cơ - xương - khớp háng

Khác:

Nhận định: Ổn định, ra viện Ra viện, điều trị ngoại trú
 Chuyển khoa Chuyển viện

Những vấn đề cần được theo dõi tiếp:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hẹn tái khám: ngày..... tháng..... năm 20.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)