

<b>ANKIETA - WYWIAD:</b>	
<b>Imię i nazwisko mamy:</b>	
<b>Imię i nazwisko dziecka:</b>	
<b>Pesel mamy:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Data urodzenia dziecka:</b>	<b>Wiek dziecka:</b>
<b>PRZEBIEG CIĄŻY I PORODU:</b>  Ciąża:            Poród:            Tydzień ciąży:  <b>Przebieg ciąży:</b> prawidłowy <b>Powikłania (jeśli tak, to podkreślić):</b> Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, cholestaza, zagrożenie porodem przedwczesnym, nieprawidłowe przepływy, inne .....  <b>Choroby przewlekłe mamy (sprzed ciąży):</b> .....  <b>Poród:</b> <input type="checkbox"/> Siłami natury <input type="checkbox"/> Indukcja porodu (podkreślić): preindukcja (np. balonik), przebicie pęcherza płodowego, oksytocyna, znieczulenie zewnątrzoponowe <input type="checkbox"/> Kleszcze <input type="checkbox"/> Cięcie cesarskie nagłe <input type="checkbox"/> Cięcie cesarskie planowe, wskazania: .....  <b>Trudności w trakcie porodu (jeśli tak, to podkreślić):</b> okręcenie pępowiną, trudności z wydobyciem, nieporządki wstawianie się w kanał rodny, inne .....	<b>OKRES POPORODOWY:</b>  <b>Apgar:</b>  <b>Kontakt „skóra do skóry”:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 2 godziny lub dłużej <input type="checkbox"/> krócej niż 2 godziny  <b>Kangurowanie z tatą:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  <b>Pierwsze karmienie:</b> <input type="checkbox"/> udane <input type="checkbox"/> nieudane <input type="checkbox"/> w kontakcie „skóra do skóry” <input type="checkbox"/> później, przyczyna opóźnienia ..... <b>Oddzielenie od mamy:</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, przyczyna ..... <b>Odciągnięcie siary po porodzie:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  <b>Dokarmianie mieszanką sztuczną:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  Wskazania .....  <b>Stymulacja laktacji w szpitalu:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  <b>Nawał pokarmu:</b> <input type="checkbox"/> tak w dobie ..... <input type="checkbox"/> nie  <b>Powiększenie piersi w ciąży:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  <b>Karmienie poprzednich dzieci:</b> .....
<b>MASA CIAŁA:</b> Masa urodzeniowa ..... Najniższa znana ..... Aktualna .....	
<b>POWÓD ZGŁOSZENIA:</b>	