**INFORMACJA DLA KOBIETY OBJĘTEJ KOORDYNOWANĄ OPIEKĄ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY KOC I (KOC I)**

**Nazwa podmiotu koordynującego opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu:**

………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………….……………………………………………….…………..…….

**Pani :** …………………………….…………………………………………….…………………………….

*(imię i nazwisko)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL

Zgodnie z Pani akceptacją, z dniem ……………………………………………………………………………………..……………….…….

została Pani objęta **KOORDYNOWANĄ OPIEKĄ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY KOC I (KOC I)\*).**

1. Planowany termin porodu:……………………………………………………………..…………..……....………………………..……….
2. Numer Pani telefonu do kontaktów w trakcie objęcia opieką KOC I ……………………………………….…………….…..
3. Adres e-mail: ……………….………………………………………………………………………………………….. *(nieobowiązkowe)*
4. Telefon do kontaktów w ośrodku koordynującym opiekę w czasie trwania ciąży, porodu i połogu………………………………………………………………………………………………………………………..…………….…..
5. Miejsca, w których realizowana może być opieka w trakcie ciąży, porodu i połogu w ramach programu Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży:

1)Poradnie położniczo-ginekologiczne *(nazwa i adres)*

………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

2) Gabinety położnej *(nazwa i adres)*

………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..……

3) Oddział położniczo-ginekologiczny *(nazwa i adres)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………….…..

1. Numer telefonu do kontaktów w pilnych przypadkach…………………………………………..W sytuacji braku możliwości uzyskania kontaktu, należy porozumieć się z innym ośrodkiem realizującym świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii.

Czytelny podpis pacjentki Pieczęć i podpis lekarza/ położnej

…………………………………… …………….……………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.), przez świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ z zakresu położnictwa i ginekologii w celu realizacji i monitorowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących ciąży, porodu i połogu. Czytelny podpis pacjentki

………………………………….……..

*\*) Istnieje możliwość rezygnacji z opieki w ramach KOC I, o czym należy poinformować podmiot koordynujący KOC I*

**Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania**

wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej   
nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem

(Dz.U. z 2016 r., poz. 1132).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Termin badania | Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez  lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia | Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne |
| 1 | 2 | 3 |
| Do 10 tyg. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie we wzierniku i zestawione.  3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  4. Badanie gruczołów sutkowych.  5. Określenie wzrostu i masy ciała.  6. Ocena ryzyka ciążowego.  7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.  8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie.  9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. | 1. Grupa krwi i Rh.  2. Przeciwciała odpornościowe.  3. Morfologia krwi.  4. Badanie ogólne moczu.  5. Badanie cytologiczne.  6. Badanie czystości pochwy.  7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo.  8. VDRL.  9.Badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia.  10. Badanie HIV i HCV.  11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i różyczki |
| 11-14 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie we wzierniku i zestawione.  3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  4. Pomiar masy ciała.  5. Ocena ryzyka ciążowego.  6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.  7. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. | 1. Badanie ultrasonograficzne.  2. Badanie ogólne moczu.  3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wykonane we wcześniejszym okresie ciąży. |
| 15-20 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie we wzierniku i zestawione.  3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  4. Pomiar masy ciała.  5. Ocena ryzyka ciążowego.  6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. | 1. Morfologia krwi.  2. Badanie ogólne moczu.  3. Badanie czystości pochwy.  4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży. |
| 21-26 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie we wzierniku i zestawione.  3. Ocena czynności serca płodu.  4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  5. Pomiar masy ciała.  6. Ocena ryzyka ciążowego.  7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.  8. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.  9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. | 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24-28 tyg. ciąży) - dwukrotne oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godz. od podania glukozy.  2. Badanie ultrasonograficzne.  3. Badanie ogólne moczu.  4. Przeciwciała anty-Rh u kobiet z Rh (-).  5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze - badanie w kierunku toksoplazmozy.  6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży. |
| 27-32 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie we wzierniku i zestawione.  3. Ocena czynności serca płodu.  4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  5. Pomiar masy ciała.  6. Ocena ryzyka ciążowego.  7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.  8. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. | 1. Morfologia krwi.  2. Badanie ogólne moczu.  3. Przeciwciała odpornościowe.  4. Badanie ultrasonograficzne.  5. W przypadku występowania wskazań - podanie globuliny anty-D (28-30 tydz. ciąży).  6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży. |
| 38-39 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie położnicze.  3. Ocena czynności serca płodu.  4. Ocena aktywności płodu.  5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  6. Pomiar masy ciała.  7. Ocena ryzyka ciążowego.  8. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.  9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.  10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. | 1. Badanie ogólne moczu.  2. Morfologia krwi |
| Po 40 tyg. ciąży badanie  co 2-3 dni | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie położnicze.  3. Badanie we wzierniku i zestawione - według wskazań medycznych.  4. Ocena ruchów płodu.  5. Ocena czynności serca płodu.  6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  7. Pomiar masy ciała.  8. Ocena ryzyka ciążowego.  9. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.  10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.  11. Skierowanie do hospitalizacji po 41 tyg. ciąży. | 1. Badanie KTG.  2. Badanie ultrasonograficzne (jednorazowo). |