**Karta monitorowania noworodka podczas hipotermii leczniczej**

Imię i nazwisko noworodka: …………………………………… Data urodzenia noworodka: ………………….. Data i godzina i minuta rozpoczęcia: ……………………….

Rodzaj zastosowanej hipotermii wg ICD – 9: …………………………….. Data i godzina i minuta zakończenia: .………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czas pomiaru temp. / parametrów \*** | **Schładzanie** | | | | | | | | | | | | | | **Ogrzewanie** | | |
| **Rozpoczęcie schładzania** | **temp. docelowa 32 – 34 °C** | **temp. 6 godz. po** | **temp. 12 godz. po** | **temp. 18 godz. po** | **temp. 24 godz. po** | **temp. 30 godz. po** | **temp. 36 godz. po** | **temp. 42 godz. po** | **temp. 48 godz. po** | **temp. 54 godz. po** | **temp. 60 godz. po** | **temp. 66 godz. po** | **temp. 72 godz. po** | **temp. 78 godz. po** | **temp. 84 godz. po** | **temp. 90 godz. po** |
| godz. i minuta: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| temp. głęboka  [°C] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| temp. powierzchowna [°C] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HR [ud/min] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RR [mmHg] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO2 [%] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SaO2 [%] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diureza [ml] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EEG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| USG przezciemiączkowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| USG jamy brzusznej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Echo serca |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RM głowy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) parametry minimalne wynikające z warunków realizacji świadczenia określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanej z zakresu leczenia szpitalnego i rekomendacji nr 28/2013 Prezesa AOTMiT

Imię i nazwisko pielęgniarki lub położnej: …………………………………………. Imię i nazwisko lekarza: ………………………………………………..