

**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. powierzchnowa [°C]																	
HR [ud/min]																	
RR [mmHg]																	
SpO <sub>2</sub> [%]																	
SaO <sub>2</sub> [%]																	
Diureza [ml]																	
EEG																	
USG przeziemiączkowe																	
USG jamy brzuszej																	
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

Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej:

.....

Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza:

.....