

**ТРУДНИЧКА КЊИЖИЦА**

Подаци у овој књижици су повјерљиви. Користити их смију здравствени радници за потребе здравствене заштите.

<p><b>МАЈКЕ:</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ова књижица је за вас и ваше дијете.</li> <li>• Чувајте је и носите стално са собом у току трудноће, порођаја и сваког прегледа дјетета.</li> <li>• Осим података потребних за праћење вашег здравственог стања, књижица садржи и важне податке о развоју и здравственом стању вашег дјетета.</li> <li>• У току трудноће редовно долазите на све предвиђене контролне прегледе и онда када не осјехате сметње.</li> <li>• Покажите књижицу код сваког прегледа.</li> <li>• Када се из породицишта вратите кући, позовите патронажну медицинску сестру на телефон:</li> </ul> <hr/>	<p><b>ДОКТОРИ МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТИ ГИНЕКОЛОГ И АКУШЕРСТВА:</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Молимо вас код сваког прегледа испуните све предвиђене податке у овој књижици, као и све остале податке за које сматрате да су значајни за спровођење здравствене заштите у току трудноће, порођаја и каснијег развоја дјетета.</li> <li>• Молимо вас вратите мајци књижицу након порођаја.</li> </ul>
--	---

**ОПШТИ ПОДАЦИ О ТРУДНИЦИ**

Презиме (име једног родитеља) име: \_\_\_\_\_

Датум рођења: \_\_\_\_\_

Адреса сталног боравка: \_\_\_\_\_

Стручна спрема: \_\_\_\_\_

Занимање: \_\_\_\_\_

Радни однос:  не –  да

Здравствене установе у којима су пружане услуге здравствене заштите током трудноће и порођаја

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(печат установе и потпис љекара)

**ПОДАЦИ О КРВНОЈ ГРУПИ И ИМУНИЗАЦИЈИ МАЈКЕ**

ABO \_\_\_\_\_

Rh \_\_\_\_\_

Индиректни Coombs тест: \_\_\_\_\_

Даљи тестови у погледу ABO и Rh имунизације:

\_\_\_\_\_

Анти D профилакса .....  не –  да:

Датум: \_\_\_\_\_

Алергије: \_\_\_\_\_

**ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА  
(мајке и оца дјетета)**

1. Шећерна болест .....  не -  да
2. Урођене мане и наследне болести  не -  да
3. Сметње у менталном здрављу.....  не -  да
4. Близанци, тројке итд.  не -  да

Навести остало (тјелесна оштећења, алкохолизам, остала хронична обољења, развојне тешкоће, ноћно мокрење, грчеви код дјецe итд):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ЛИЧНА АНАМНЕЗА МАЈКЕ  
(прије трудноће)**

Урођене мане и касније стечена оштећења.....	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Дијабетес мелитус	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Болест штитњаке и остале ендокрине болести	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Висок артеријски притисак .....	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Болести срца и крвних судова	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Болести органа за дисање	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Упала мокраћног система .....	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Остала обољења бубрега	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Епилепсија	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Сметње у менталном здрављу .....	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Неуролошке сметње	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Алергије	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Склоност крварењу .....	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Склоност тромбози	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Хепатитис:	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
HIV .....	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Стално и често узимање лијекова	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Операције	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Пушење .....	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Урођене аномалије гениталних органа	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Упала роднице и цервикса	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Остале болести (ТВС, полне болести, остало) .....	<input type="checkbox"/> не - <input type="checkbox"/> да
Навести остало:	

Контрацепција: .....  не -  да

Ако је одговор да, навести каква: \_\_\_\_\_

Гинеколошке операције:.....  не -  да

Навести остало: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Менарха: \_\_\_\_\_ год.      Циклус: \_\_\_\_\_

Папаниколау: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

