

临床医学理论 临床操作指导 新生儿记录临床执业医师考试

PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/594/2021\\_2022\\_\\_E4\\_B8\\_B4\\_E5\\_BA\\_8A\\_E5\\_8C\\_BB\\_E5\\_c22\\_594447.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/594/2021_2022__E4_B8_B4_E5_BA_8A_E5_8C_BB_E5_c22_594447.htm) 方法及内容

1. 出生记录(可用表格式)包括填写母亲姓名、床号、住院号、妊娠周数、分娩方式、婴儿性别、身高(cm)、体重(g)、出生日期、时间、出生时情况、有无窒息、其程序及抢救经过，Apgar评分，体格检查、诊断、医嘱及检查者签名。
2. 逐日记录体温、体重、哺乳情况、脐带情况、呼吸、有无呕吐、黄疸、臀红及其他异常情况。初生24h内须记录每次喂奶量，每次换尿布时有无大小便及其性状。注意检查有无先天畸形如可疑的先天性髋关节脱位、胆道或直肠肛门闭锁等。
3. 未成熟儿、曾有窒息患儿、病儿及产伤儿等及病情严重者要有特护记录及详细的病程记录。
4. 转科需有转科会诊记录，转科病历摘要及儿科入院病历首页，并有儿科医师签名。
5. 出院总结记录包括体格复查、脐带情况及其他异常所见。
6. 死亡记录及尸检记录应附在新生儿记录后(新生儿死亡均应做尸检)。
7. 新生儿出院或死亡后，全部记录附在其母病历后面。
8. 新生儿室设登记本，将每个新生儿母亲姓名、住院号及住址、出生日期、时间、肝炎疫苗、卡介苗接种、新生儿先天性疾病的筛查日期、出院日期及异常情况逐项填全，以便查对及随访。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)