



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 czerwca 2023 r.

Poz. 1202

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 25 maja 2023 r.

w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa warunki realizacji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD, zwanego dalej „programem pilotażowym”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) asystent opieki – osobę posiadającą wykształcenie wyższe na kierunku kształcenia w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, która odpowiada za zbieranie informacji w zakresie programu pilotażowego otrzymanych od opiekuna prawnego dziecka, ustalanie terminów badań diagnostycznych i konsultacji u lekarzy specjalistów na podstawie indywidualnego planu leczenia i żywienia oraz prowadzenie dokumentacji sprawozdawczej, w tym gromadzenie danych sprawozdawczych;
- 2) baza wcześniaka – system teleinformatyczny, utworzony i prowadzony przez lidera KORD, służący do koordynowania procesu diagnostyczno-leczniczego realizowanego w ramach programu pilotażowego oraz wspomagający realizację zadań, o których mowa w § 11 ust. 2 pkt 4, udostępniany przez lidera KORD ośrodkom koordynującym KORD, w którym są gromadzone dane zawarte w Karcie Dziecka Urodzonego Przedwcześnie, wprowadzane do systemu przez ośrodki koordynujące KORD;
- 3) dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w innym miejscu udzielania świadczeń lub w innej lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 4) Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 5) koordynator procesu leczenia – lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii lub pediatrii, posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w opiece i leczeniu dzieci urodzonych poniżej 33. tygodnia ciąży z rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zwanej dalej „ICD-10”:
 - a) P07.1 – Inna niska urodzeniowa masa ciała lub
 - b) P07.2 – Skrajne wcześniactwo, lub
 - c) P07.3 – Inne przypadki wcześniactwa, lub
 - d) P07.0 – Skrajnie niska urodzeniowa masa ciała– obejmującego opieką co najmniej 20 dzieci rocznie, zatrudnionego w ośrodku koordynującym KORD, odpowiedzialnego za kwalifikację dziecka do programu pilotażowego oraz ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia świadczeniobiorcy w ramach programu pilotażowego;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

- 6) lekarz specjalista – lekarza, który posiada II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 7) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 8) miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 9) opieka KORD – kompleksowe świadczenia opieki zdrowotnej, realizowane na rzecz dziecka urodzonego poniżej 33. tygodnia ciąży albo dziecka urodzonego poniżej 37. tygodnia ciąży ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, udzielane od daty wypisu dziecka z oddziału neonatologicznego do ukończenia przez nie 3. roku życia (według wieku kalendarzowego), uwzględniające interwencje diagnostyczno-lecznicze z zakresów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz porad żywieniowych i psychologicznych, niezbędne dla zapewnienia optymalnego rozwoju dziecka urodzonego przedwcześnie;
- 10) współczynnik korygujący – współczynnik określający wysokość mnożnika świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programu pilotażowego, mających wpływ na wskaźniki oceny efektu zdrowotnego, za pomocą którego jest obliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy biorącego udział w programie pilotażowym.

§ 3. Cel programu pilotażowego:

- 1) poprawa jakości i efektywności opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie – przez zapewnienie kompleksowości działań niezbędnych do ich prawidłowego rozwoju, uniknięcie odległych powikłań wcześniactwa i możliwość wyrównywania ewentualnych nieprawidłowości rozwojowych tych dzieci w stosunku do ich rówieśników urodzonych w terminie;
- 2) ocena skuteczności i efektywności organizacyjnej kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie;
- 3) opracowanie standardu organizacyjnego i postępowania medycznego w zakresie opieki nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie.

§ 4. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji, który trwa do 6 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia, obejmujący:
 - a) przygotowanie przez lidera KORD i zatwierdzenie wytycznych, o których mowa w § 11 ust. 2 pkt 2, przez ministra właściwego do spraw zdrowia w okresie miesiąca od dnia wejścia w życie rozporządzenia,
 - b) podpisanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego przez lidera KORD oraz ośrodki koordynujące KORD z Funduszem,
 - c) podpisanie umowy, o której mowa w § 17 ust. 3;
- 2) etap realizacji programu pilotażowego, podczas którego będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, trwający 48 miesięcy od dnia zakończenia etapu organizacji;
- 3) etap ewaluacji programu pilotażowego, trwający 6 miesięcy od dnia zakończenia etapu realizacji.

§ 5. 1. Do programu pilotażowego kwalifikuje się dzieci urodzone przedwcześnie, od momentu wypisu z oddziału neonatologicznego po urodzeniu do ukończenia 3. roku życia, spełniające następujące kryteria:

- 1) urodzone poniżej 33. tygodnia ciąży z rozpoznaniem według ICD-10:
 - a) P07.1 – Inna niska urodzeniowa masa ciała lub
 - b) P07.2 – Skrajne wcześniactwo, lub
 - c) P07.3 – Inne przypadki wcześniactwa;
- 2) z rozpoznaniem według ICD-10: P07.0 – Skrajnie niska urodzeniowa masa ciała – masa urodzeniowa równa 999 g lub mniejsza.

2. Kwalifikacja do programu pilotażowego odbywa się podczas hospitalizacji dziecka w oddziale neonatologicznym w ośrodku koordynującym KORD i jest przeprowadzana przez wyznaczonego koordynatora procesu leczenia.

3. W przypadku konieczności objęcia opieką w ramach programu pilotażowego dziecka urodzonego przedwcześnie w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą niż ośrodek koordynujący KORD kwalifikacja do programu pilotażowego następuje przed jego wypisem z oddziału neonatologicznego tego podmiotu i jest dokonywana przez koordynatora procesu leczenia ośrodka koordynującego KORD, który ma objąć to dziecko opieką.

4. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu pilotażowego jest realizowana przez pierwszych 36 miesięcy trwania etapu realizacji programu pilotażowego.

5. Do programu pilotażowego nie kwalifikuje się dzieci, o których mowa w ust. 1, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, lub dzieci, którym są udzielane świadczenia w ramach dziecięcej opieki koordynowanej.

§ 6. Opiekun prawny dziecka wyraża zgodę na objęcie programem pilotażowym po wcześniejszym uzyskaniu informacji o:

- 1) zasadach programu pilotażowego i ośrodkach koordynacyjnych KORD;
- 2) szczegółowych warunkach przetwarzania danych osobowych w ramach programu pilotażowego.

§ 7. 1. Opiekunowi prawnemu dziecka zakwalifikowanego do programu pilotażowego ośrodek koordynujący KORD wydaje w postaci papierowej lub elektronicznej Kartę Dziecka Urodzonego Przedwcześnie, której wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Karta, o której mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) dane osobowe dziecka wraz z numerem PESEL matki;
- 2) informacje o przebiegu leczenia szpitalnego:
 - a) przebieg ciąży i porodu,
 - b) przebieg leczenia w oddziałach szpitalnych,
 - c) rozpoznanie kliniczne i zastosowane leczenie,
 - d) żywienie,
 - e) immunizacja i szczepienia,
 - f) wypis ze szpitala;
- 3) przebieg opieki w ramach programu pilotażowego w pierwszym, drugim i trzecim roku życia dziecka;
- 4) informacje o hospitalizacji dziecka w czasie trwania opieki w ramach programu pilotażowego oraz przyczynach hospitalizacji.

3. Opiekun prawny dziecka, o którym mowa w ust. 1, po otrzymaniu Karty Dziecka Urodzonego Przedwcześnie, składa deklarację wyboru ośrodka koordynującego KORD w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 8. 1. Program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej z zakresów określonych w art. 15 ust. 2 pkt 2, 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, skierowane do świadczeniobiorców z jednostkami chorobowymi, o których mowa w § 5 ust. 1, oraz świadczenia opieki zdrowotnej określone w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kompleksowej opieki rozwojowej dzieci urodzonych przedwcześnie KORD, stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego odbywa się zgodnie z warunkami organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kompleksowej opieki rozwojowej dzieci urodzonych przedwcześnie KORD, określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 9. 1. Realizatorami programu pilotażowego są ośrodki wskazane w wykazie ośrodków koordynujących KORD pod warunkiem zawarcia z Funduszem umowy na jego realizację. Wykaz ośrodków koordynujących KORD określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

2. Warunkiem zawarcia umowy na realizację programu pilotażowego jest:

- 1) posiadanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu:
 - a) leczenia szpitalnego o profilu:
 - neonatologia – trzeci poziom referencyjny,
 - położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny lub zapewnienie dostępu do oddziału o profilu położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny, przy czym odległość pomiędzy świadczeniodawcami nie może być większa niż 1000 metrów,
 - b) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni neonatologicznej;
- 2) realizowanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki neonatologicznej trzeciego poziomu referencyjnego dla co najmniej 20 dzieci urodzonych przedwcześnie, poniżej 33. tygodnia ciąży – w roku poprzedzającym zawarcie umowy na realizację programu pilotażowego;
- 3) zapewnienie specjalistycznego zespołu terapeutycznego składającego się z:
 - a) koordynatora procesu leczenia – w wymiarze równoważnika 1 etatu,
 - b) asystenta opieki – w wymiarze równoważnika 1 etatu;
- 4) odbycie przez koordynatorów procesu leczenia, lekarzy neonatologów, lekarzy pediatrów oraz osoby prowadzące rehabilitację w ośrodkach lub w oddziałach dziennych rehabilitacji wieku rozwojowego, o których mowa w lp. 3 lit. b załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265), szkolenia, o którym mowa w planie szkolenia on-line z zakresu monitorowania i rozwoju wczesnej rehabilitacji skrajnych wcześniaków do 3. roku życia, stanowiącym załącznik nr 6 do rozporządzenia, potwierdzonego pisemnie przez lidera KORD;
- 5) odbycie przez koordynatorów procesu leczenia, lekarzy neonatologów oraz asystenta opieki szkolenia, o którym mowa w planie szkolenia i monitorowania ośrodków koordynujących KORD, stanowiącym załącznik nr 7 do rozporządzenia, z wyłączeniem szkoleń monitorujących, w zakresie zasad realizacji programu pilotażowego, potwierdzonego pisemnie przez lidera KORD;
- 6) zapewnienie w lokalizacji badań laboratoryjnych, rentgenowskich, ultrasonograficznych oraz echokardiograficznych;
- 7) zapewnienie w dostępie badań elektroencefalografii, rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej;
- 8) zapewnienie dzieciom z zaburzeniami wieku rozwojowego dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego;
- 9) zapewnienie dostępu do konsultacji specjalistycznych z endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, okulistyki, chirurgii dziecięcej, neurologii dziecięcej, neurochirurgii, ortopedii, laryngologii dziecięcej lub laryngologii, logopedii, psychologii, psychiatrii, pulmonologii, onkologii i hematologii dziecięcej, genetyki oraz rehabilitacji medycznej;
- 10) zapewnienie dostępu do diagnostyki i terapii dla dzieci z podejrzeniem spektrum autyzmu lub ze spektrum autyzmu i zaburzeniami rozwoju psychicznego.

§ 10. 1. Realizację modułów postępowania diagnostyczno-leczniczego w ramach programu pilotażowego organizuje i koordynuje ośrodek koordynujący KORD.

2. Ośrodek koordynujący KORD:

- 1) prowadzi diagnostykę, leczenie, rehabilitację leczniczą i porady żywieniowe – zgodnie z indywidualnymi potrzebami świadczeniobiorcy;
- 2) ustala indywidualny plan leczenia i żywienia;
- 3) zapewnia dostęp do konsultacji specjalistycznych udzielanych przez:
 - a) lekarzy specjalistów w dziedzinach, o których mowa w § 9 ust. 2 pkt 9,
 - b) psychologa lub psychologa klinicznego,
 - c) logopedę;

- 4) zapewnia dostęp do porad żywieniowych w celu wykluczenia niedoborów żywieniowych;
- 5) zapewnia dostęp do zabiegów okulistycznych dla dzieci z retinopatią według ICD-10: H35.1 zgodnie ze stanem klinicznym dziecka;
- 6) zapewnia dzieciom z zaburzeniami wieku rozwojowego dostęp do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego zgodnie ze stanem świadczeniobiorcy, oraz prowadzi:
 - a) monitorowanie rozwoju świadczeniobiorcy w oparciu o Kartę rozwoju psychoruchowego – kartę monitorowania rozwoju dzieci z grupy ryzyka do 36. miesiąca życia, której wzór stanowi załącznik nr 8 do rozporządzenia,
 - b) edukację opiekunów prawnych świadczeniobiorcy dotyczącą stylu życia oraz czynników ryzyka;
- 7) zapewnia opiekunom prawnym świadczeniobiorcy możliwość kontaktu z ośrodkiem koordynującym KORD w dni robocze w godzinach od 8.00 do 15.00, a dodatkowo co najmniej raz w tygodniu w godzinach od 15.00 do 20.00, w tym zapewnia możliwość telefonicznego umawiania oraz uzgadniania zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich;
- 8) wprowadza do bazy wcześniejsze dane, o których mowa w § 7 ust. 2;
- 9) odnotowuje w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy przyczyny niezakwalifikowania do programu pilotażowego lub przerwania udziału w programie pilotażowym;
- 10) przekazuje lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej informacje o świadczeniach opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach opieki KORD i świadczeniach opieki zdrowotnej zalecanych do realizacji w podstawowej opiece zdrowotnej;
- 11) przekazuje do Funduszu dane dotyczące świadczeń ambulatoryjnych realizowanych w ramach programu pilotażowego, z uwzględnieniem wykonanych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, rewizja dziewiąta ICD-9;
- 12) przekazuje do Funduszu dane do wyliczeń wskaźników i mierników, o których mowa w § 12 i § 13;
- 13) po zakończeniu realizacji programu pilotażowego zapewnia kontynuowanie leczenia w poradni neonatologicznej – w przypadku dzieci wymagających takiej opieki;
- 14) opracowuje, wdraża i stosuje procedurę określającą zasady współpracy między koordynatorem procesu leczenia a specjalistami współpracującymi w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu psychologii, psychiatrii, logopedii, rehabilitacji leczniczej, żywienia oraz z pozostałym personelem medycznym sprawującym opiekę nad świadczeniobiorcą zakwalifikowanym do programu pilotażowego;
- 15) realizuje program pilotażowy zgodnie z wytycznymi, o których mowa w § 11 ust. 2 pkt 2, zatwierdzonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 11. 1. Liderem KORD jest Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

2. Lider KORD:

- 1) odpowiada za opracowanie standardu organizacyjnego i postępowania medycznego w zakresie opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie;
- 2) opracowuje, aktualizuje i modyfikuje wytyczne postępowania procesu diagnostyczno-leczniczego świadczeniobiorcy, które przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 3) przeprowadza dla ośrodków koordynujących KORD szkolenia:
 - a) określone w planie szkolenia i monitorowania ośrodków koordynujących KORD,
 - b) z korzystania z porad i konsultacji, w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych;
- 4) prowadzi we współpracy z ośrodkami koordynującymi KORD i Funduszem:
 - a) ocenę mierników jakości i efektywności opieki rozwojowej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie KORD oraz analizę porównawczą i opracowanie statystyczne danych – odrębnie oraz zbiorczo dla wszystkich ośrodków koordynujących KORD,
 - b) ocenę wskaźników realizacji programu pilotażowego, o których mowa w § 12;

- 5) sporządza we współpracy z Funduszem:
 - a) sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego oraz zbiorcze sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego, o których mowa w § 16 ust. 1,
 - b) raport końcowy, o którym mowa w § 16 ust. 4;
- 6) udostępnia na swojej stronie internetowej:
 - a) Kartę Dziecka Urodzonego Przedwcześnie,
 - b) deklarację wyboru ośrodka koordynującego KORD w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD,
 - c) Kartę rozwoju psychoruchowego – kartę monitorowania rozwoju dzieci z grupy ryzyka do 36. miesiąca życia;
- 7) tworzy i utrzymuje bazę wcześniaka oraz jest jej administratorem;
- 8) w zakresie realizacji zadań, o których mowa w pkt 1–6, zapewnia:
 - a) koordynatora procesu leczenia odpowiedzialnego za proces szkoleń, o których mowa w pkt 3, oraz ocenę wskaźników i mierników, o których mowa w § 12 i § 13,
 - b) sekretarkę medyczną odpowiedzialną za raporty sprawozdawcze z poszczególnych ośrodków koordynujących KORD, dotyczące stosowanego leczenia i ogólnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy zakwalifikowanego do programu pilotażowego, oraz za udostępnienie, o którym mowa w pkt 6.

§ 12. Wskaźnikami realizacji programu pilotażowego są:

- 1) liczba dzieci urodzonych przedwcześnie, zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 2) liczba konsultacji specjalistycznych danego typu, o których mowa w § 9 ust. 2 pkt 9, zleconych przez koordynatora procesu leczenia, udzielonych świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do programu pilotażowego, w stosunku do liczby wszystkich konsultacji specjalistycznych udzielonych świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do programu pilotażowego;
- 3) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, którzy byli hospitalizowani w trakcie trwania programu pilotażowego, z podziałem na zakres świadczeń opieki zdrowotnej oraz główne rozpoznanie według kodu ICD-10, w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 4) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, którzy zostali zakwalifikowani do rehabilitacji wieku rozwojowego według indywidualnego planu leczenia, w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 5) liczba świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych w ramach opieki KORD;
- 6) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, u których zrealizowano konsultację okulistyczną, w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 7) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, u których zrealizowano konsultację psychologiczną, w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 8) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, u których zrealizowano konsultację psychiatryczną, w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 9) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, którzy przegrali udział w ramach opieki KORD na podstawie zaświadczenia koordynatora procesu leczenia, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 10) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, z rozpoznaną retinopatią (według kodu ICD-10: H35.1), w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 11) liczba wizyt okulistycznych u świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, z rozpoznaną retinopatią (według kodu ICD-10: H35.1), w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznaną retinopatią (według kodu ICD-10: H35.1) zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 12) liczba świadczeniobiorców w programie pilotażowym, u których stwierdzono zaburzenia rozwoju psychicznego (według kodów ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99) i którym udzielono porady psychologicznej, w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;

- 13) liczba porad psychologicznych udzielonych w ramach programu pilotażowego;
- 14) liczba świadczeniobiorców w programie pilotażowym, u których stwierdzono zaburzenia rozwoju psychicznego (według kodów ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99) i którym udzielono porady psychiatrycznej, w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 15) liczba porad psychiatrycznych udzielonych w ramach programu pilotażowego;
- 16) liczba świadczeniobiorców ze stwierdzonym spektrum autyzmu (według kodu ICD-10: F84 z rozszerzeniami), u których rozpoczęto terapię dla świadczeniobiorców ze spectrum autyzmu, w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców ze stwierdzonym spectrum autyzmu (według kodu ICD-10: F84 z rozszerzeniami) zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 17) liczba wykonanych zabiegów fotokoagulacji laserowej u świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego z rozpoznąną retinopatią (według kodów ICD-10: H35.1), w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznąną retinopatią (według kodu ICD-10: H35.1) zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 18) liczba świadczeniobiorców z rozpoznąną retinopatią (według kodu ICD-10: H35.1) leczonych terapią anti-VEGF w stosunku do liczby wszystkich świadczeniobiorców z rozpoznąną retinopatią (według kodu ICD-10: H35.1) zakwalifikowanych do programu pilotażowego;
- 19) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, zaszczepionych w terminie (na podstawie kalendarza szczepień Programu Szczepień Ochronnych), w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego.

§ 13. Ocena jakości i efektywności opieki rozwojowej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie KORD, pełnionej w ramach programu pilotażowego, jest prowadzona w stosunku do świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego i uwzględnia następujące mierniki:

- 1) liczba świadczeniobiorców, u których wskaźnik masy ciała BMI mieści się w granicach normy dla wieku (pomiar wskaźnika na ostatniej poradzie bilansowej w drugim i trzecim roku życia zgodnie z warunkami realizacji i organizacji udzielania świadczeń w ramach kompleksowej opieki rozwojowej dzieci urodzonych przedwcześnie KORD);
- 2) liczba świadczeniobiorców, u których ocena bilansu była pozytywna (zalecane wykonanie pomiaru na poradzie bilansowej po 12, 18 i 24 miesiącach oraz po zakończeniu programu pilotażowego);
- 3) liczba świadczeniobiorców przed drugim rokiem wieku korygowanego, u których rozpoznano zaburzenia ze spectrum autyzmu (według kodu ICD-10: F84) albo zaburzenia rozwoju psychicznego (według kodów ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99) i u których podjęto terapię w terminie 60 dni od dnia rozpoznania;
- 4) liczba świadczeniobiorców z rozpoznąną retinopatią (według kodu ICD-10: H35.1), u których nie stwierdzono progresji retinopatii (według kodu ICD-10: H35.1) do stadium czwartego lub piątego.

§ 14. 1. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programu pilotażowego odbywa się zgodnie z umową, o której mowa w § 9 ust. 1, po zrealizowaniu poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach modułów postępowania diagnostyczno-leczniczego, z uwzględnieniem:

- 1) współczynników korygujących za osiągnięte efekty zdrowotne:
 - a) jeżeli u świadczeniobiorcy wskaźnik masy ciała BMI mieści się w granicach normy dla wieku (pomiar wskaźnika na ostatniej poradzie bilansowej w drugim i trzecim roku życia), to wartość zrealizowanej porady bilansowej jest korygowana o współczynnik 1,3,
 - b) jeżeli u świadczeniobiorcy ocena bilansu była pozytywna (zalecane wykonanie pomiaru na poradzie bilansowej po 12, 18 i 24 miesiącach i po zakończeniu programu pilotażowego), to wartość zrealizowanej porady bilansowej jest korygowana o współczynnik 1,3,
 - c) rozpoznanie u dziecka przed drugim rokiem wieku korygowanego, u którego rozpoznano spektrum autyzmu (według ICD-10: F84) albo zaburzenia rozwoju psychicznego (według ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99) i u którego podjęto terapię w terminie 60 dni od dnia rozpoznania – wartość zrealizowanej porady specjalistycznej psychologicznej lub psychiatrycznej w programie pilotażowym jest korygowana o współczynnik 1,3,
 - d) w przypadku stwierdzonej u dziecka retinopatii (według ICD-10: H35.1), jeżeli nie stwierdzono progresji retinopatii do stadium 4. lub 5. – wartość zrealizowanej porady specjalistycznej okulistycznej w ramach programu pilotażowego jest korygowana o współczynnik 1,3;

- 2) ryczałtu miesięcznego dla ośrodków koordynujących KORD;
- 3) ryczałtu miesięcznego dla lidera KORD.

2. W przypadku gdy ze względów medycznych nie jest możliwe zrealizowanie u dziecka urodzonego przedwcześnie wszystkich świadczeń wynikających z indywidualnego planu leczenia, rozliczeniu podlegają wyłącznie elementy opieki KORD zrealizowane u tego dziecka bez uwzględnienia współczynników korygujących za osiągnięte efekty zdrowotne.

3. Środki finansowe na utworzenie i utrzymanie bazy wcześniaka minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje liderowi KORD w ramach dotacji celowej.

§ 15. Monitorowanie i ewaluacja programu kompleksowej opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie KORD w okresie do 3. roku życia obejmuje coroczną ocenę wartości wskaźników i mierników, o których mowa w § 12 i § 13, oraz ich porównanie w perspektywie rok do roku, w poszczególnych ośrodkach koordynujących KORD, w zakresie jakości opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie w pierwszym, drugim i trzecim roku życia.

§ 16. 1. Lider KORD we współpracy z Funduszem sporządza sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego oraz zbiorcze sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego – z uwzględnieniem wskaźników i mierników, o których mowa w § 12 i § 13.

2. Sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego sporządza się z podziałem na poszczególne ośrodki koordynujące KORD.

3. Zbiorcze sprawozdanie końcowe sporządza się łącznie dla wszystkich ośrodków koordynujących KORD wraz z analizą porównawczą i opracowaniem statystycznym danych.

4. Na podstawie sprawozdań, o których mowa w ust. 1, lider KORD we współpracy z Funduszem sporządza raport końcowy zawierający ocenę wyników programu pilotażowego.

5. Prezes Funduszu opiniuje raport końcowy, o którym mowa w ust. 4, i przekazuje go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 6 miesięcy od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego, o którym mowa w § 4 pkt 2.

6. Raport końcowy, o którym mowa w ust. 4, podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej Funduszu, w terminie do 30 dni od dnia jego sporządzenia.

§ 17. 1. Podmiotem obowiązującym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego jest Fundusz, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Podmiotem obowiązującym do finansowania utworzenia i utrzymania bazy wcześniaka jest minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Dotację, o której mowa w § 14 ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje na podstawie umowy określającej:

- 1) szczegółowy opis zadania, o którym mowa w § 11 ust. 2 pkt 7, oraz termin jego wykonania;
- 2) wysokość udzielonej dotacji;
- 3) terminy na wykorzystanie dotacji w okresie, o którym mowa w § 4;
- 4) termin i sposób rozliczenia udzielonej dotacji;
- 5) termin zwrotu niewykorzystanej części dotacji, nie dłuższy niż 15 dni wykonania zadania, o którym mowa w pkt 1.

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 maja 2023 r. (Dz. U. poz. 1202)

Załącznik nr 1

WZÓR

PESEL dziecka:

PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE

**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD**

CZĘŚĆ I

DANE INFORMACYJNE

do uzupełnienia, gdy kwalifikuje się dziecko urodzone przedwcześnie do programu pilotażowego
w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD
na podstawie dokumentacji szpitalnej

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: *KLIKNIJ TUTAJ, ABY WPISAĆ IMIĘ I NAZWISKO
DZIECKA*

PESEL DZIECKA (*a w przypadku dzieci, które nie mają nadanego numeru PESEL – PESEL opiekuna prawnego albo seria i numer
paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość*): *wpisz odpowiedź*

PESEL MATKI (*a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu
stwierdzającego tożsamość*): *wpisz odpowiedź*

DATA URODZENIA DZIECKA (D/M/R): *wybierz datę*

NUMER DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ: *wpisz odpowiedź*

Część A: poród

1. Miejsce urodzenia:

PESEL dziecka:

PESEL matki:

A. Nazwa szpitala: <i>wybierz z listy nazwę szpitala</i>
B. Oddział szpitala: <i>wybierz z listy nazwę oddziału</i>
2. Sposób rozpoczęcia czynności porodowej (samoistny, indukcja): <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
3. Rodzaj porodu (poród siłami natury (PSN), cięcie cesarskie, próżniociąg, kleszcze): <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
4. Cięcie cesarskie (planowane, ze wskazań nagłych): <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
5. Czas trwania ciąży: <i>wybierz z listy liczbę tygodni ciąży; wybierz z listy liczbę dni;</i> przyczyna porodu przedwczesnego: <i>wybierz z listy prawdopodobną przyczynę porodu;</i> <i>wybierz z listy przyczynę czynności skurczowej</i>
6. Położenie płodu (główkowe, miednicowe, poprzeczne): <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
7. Podanie steroidów przed urodzeniem się dziecka: A. Czas podania: <i>wybierz z listy odpowiedzi, jeżeli kurs został powtórzony</i> B. Pełny kurs – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i> C. Niepełny kurs – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
Część B: dziecko
8. Płeć dziecka: <i>wybierz z listy płeć dziecka</i>
9. Wielorakość porodu – liczba płodów <i>wybierz z listy liczbę płodów</i> który płód z kolei: <i>wybierz z listy, który z kolei płód</i>
10. Masa urodzeniowa(g): <i>wpisz masę urodzeniową dziecka (w gramach)</i>
11. Centyl (pozycja na siatce): <i>wpisz pozycję na siatce</i>
Część C: sala porodowa
12. Punktacja w skali APGAR – wpisz właściwą punktację przy podanych minutach lub dopisz liczbę minut, jeśli ich liczba nie jest wymieniona: A. 1. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i> B. 3. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i> C. 5. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i> D. 10. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
13. Tlen (FIO ₂) – jeżeli tak – wybierz właściwą minutę i właściwy procent: A. 1. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i> B. 3. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i> C. 5. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i> D. 10. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i> E. 20. minuta – <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
14. Resuscytacja – tak/nie: <i>wybierz</i>

PESEL dziecka:

PESEL matki:

14.1. Intubacja – 1, 2, 3, 4, 5, 10 min (w każdej minucie – tak/nie):

- A. 1. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- B. 2. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- C. 3. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- D. 4. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- E. 5. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- F. 10. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*

14.2. Masaż serca – 1, 2, 3, 4, 5, 10 min (w każdej minucie – tak/nie):

- A. 1. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- B. 2. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- C. 3. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- D. 4. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- E. 5. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- F. 10. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- G. *wpisz inny czas: wybierz z listy odpowiedź*

14.3. Adrenalina – czy podano – jeżeli tak: *zaznacz*

14.4. Wentylacja – jeżeli tak: NEOPUFF: 1, 2, 3, 4, 5, 10 min (w każdej minucie – tak/nie):

- A. 1. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- B. 2. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- C. 3. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- D. 4. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- E. 5. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- F. 10. minuta: *wybierz z listy odpowiedź*
- G. *wpisz inny czas: wybierz z listy odpowiedź*

15. CPAP – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

16. Oddech własny – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

17. PH krwi pępowinowej – Liczba, BE: *wpisz liczbę*

18. Czy był podany surfaktant – jeżeli tak, jaka dawka: *wybierz z listy odpowiedź*

Część D: rozpoznania i zastosowane leczenie

19. Przetrwały przewod tętniczy (PDA) – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*

A. Leczenie farmakologiczne – jeżeli tak:

- a) ibuprofen – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*, doba życia zastosowania leczenia: *wybierz z listy odpowiedź*, liczba kursów zastosowanego leczenia: *wybierz z listy odpowiedź*
- b) paracetamol – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*, doba życia zastosowania leczenia: *wybierz z listy odpowiedź*, liczba kursów zastosowanego leczenia: *wybierz z listy odpowiedź*

B. Leczenie chirurgiczne, PDA – jeżeli tak, która doba życia: *wpisz odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

<p>20. Mechaniczna wentylacja – jeżeli tak:</p> <p>A. Wentylacja konwencjonalna – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>B. Wentylacja objętościowa gwarantowana – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>C. Wentylacja HFO – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>D. Inny rodzaj wentylacji – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>20.1. Max FiO₂: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>20.2. Ekstubacja:</p> <p>a) data ostatecznego odłączenia od respiratora: <i>wybierz datę</i></p> <p>b) ostateczne odłączenie od respiratora – doba życia: <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p>20.3. Okresy stosowania mechanicznej wentylacji:</p> <p>a) data rozpoczęcia: <i>wybierz datę</i></p> <p>b) data zakończenia: <i>wybierz datę</i></p> <p>20.4. Powikłania ze strony układu oddechowego – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>A. Rozedma śródmiąższowa – jeżeli tak, podaj czas wystąpienia (doba życia): <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p>B. Odma opłucnowa – jeżeli tak, podaj czas wystąpienia (doba życia): <i>wpisz czas wystąpienia i dobę życia</i></p> <p>a) leczenie (opis): <i>opisz leczenie</i></p> <p>b) czas ustąpienia (doba życia): <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p>C. Krwawienie z płuc – jeżeli tak, podaj czas wystąpienia (doba życia): <i>wybierz dobę życia</i></p>
<p>21. CPAP – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>A. Data ostatecznego zakończenia (doba życia): <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p>B. Okresy stosowania CPAP:</p> <p>a) data rozpoczęcia: <i>wybierz datę</i></p> <p>b) data zakończenia: <i>wybierz datę</i></p>
<p>22. Tlenoterapia (FIO₂ powyżej 0,21 powyżej 24h/24) – jeżeli tak: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p>
<p>23. Dysplazja oskrzelowo-płucna (rozpoznanie po ukończeniu 36 tygodnia wieku postkonceptyjnego) – jeżeli tak, jaka postać (lista): <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p>
<p>24. Nadciśnienie płucne – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>A. Leczenie wziewnym tlenkiem azotu – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>B. Inne leczenie – jakie – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p>
<p>25. Patologia OUN – jeżeli tak: <i>zaznacz</i></p> <p>25.1. Krwawienia dokomorowe – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> i wybierz stopień – I, II, III: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>A. L – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>B. P – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>25.2. Zawał krwotoczny – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p>

PESEL dziecka:

PESEL matki:

<p>A. L – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>B. P – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>25.3. Pokrwotoczne poszerzenie komór mózgu – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>A. odbarczenie drogą nakłucia łędźwiowego – jeżeli tak, jaka liczba zastosowanych nakłuć: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>B. odbarczenie drogą nakłucia przezciemiączkowego – jeżeli tak, jaka liczba nakłuć: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>25.4. Inne krwawienia (opis): <i>wprowadź opis</i></p> <p>25.5. PVL (klasyfikacja) – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> i wybierz stopień – I, II, III, IV: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>A. L – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>B. P – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>25.6. Inne patologie OUN – jakie, opis: <i>wprowadź opis</i></p>
<p>26. Wady wrodzone i zakażenia wrodzone – jeżeli tak, wpisz poniżej rozpoznanie(-nia) według kodów ICD-10: <i>wpisz odpowiedź</i></p>
<p>27. Zakażenia o wczesnym początku – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p>
<p>28. Zakażenia późne – jeżeli tak: patogeny (wybierz z listy lub podaj inny – jaki): <i>wybierz z listy odpowiedź</i>; <i>wpisz, jeżeli inny niż na liście</i></p>
<p>29. Rozpoznanie kliniczne (zaznacz, jeżeli jest potwierdzone mikrobiologicznie, wybierz z listy patogen): <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>A. Zapalenie płuc: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>B. Zapalenie opon mózgowych: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>C. Sepsa: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>D. Zapalenie kości: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>E. Zakażenie układu moczowego: <i>zaznacz odpowiedź</i></p>
<p>30. Antybiotykoterapia – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>A. Liczba dni łącznie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>B. Liczba stosowanych antybiotyków: <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p>C. Klasa zastosowanych antybiotyków:</p> <p><input type="checkbox"/> aminoglikozydy – jeżeli tak, wpisz liczbę zastosowanych antybiotyków tej klasy: <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p><input type="checkbox"/> beta-laktaminy – jeżeli tak, wpisz liczbę zastosowanych antybiotyków tej klasy: <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p><input type="checkbox"/> fluorochinolony – jeżeli tak, wpisz liczbę zastosowanych antybiotyków tej klasy: <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p><input type="checkbox"/> glikopeptydy – jeżeli tak, wpisz liczbę zastosowanych antybiotyków tej klasy: <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p><input type="checkbox"/> linkozamidy – jeżeli tak, wpisz liczbę zastosowanych antybiotyków tej klasy: <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p><input type="checkbox"/> makrolidy – jeżeli tak, wpisz liczbę zastosowanych antybiotyków tej klasy: <i>wpisz odpowiedź</i></p>

PESEL dziecka:

PESEL matki:

31. Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i> jeżeli tak – czy zastosowano leczenie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
32. Niedokrwistość – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> A. Leczenie erytropoetyną – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i> B. Liczba transfuzji uzupełniających: <i>wybierz z listy odpowiedź</i> C. Leczenie farmakologiczne: tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
33. Leczenie przeciwbólowe – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> A. Leki (jeśli inny lek – jaki): <i>wybierz z listy substancję</i> , inny: <i>wpisz inny lek</i>
34. Retinopatia wcześniaków – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> A. Stopień rozwoju zmian (I, II, III, IV, V stadium): <i>wybierz z listy odpowiedź</i> jeśli inne: <i>wpisz stopień rozwoju zmian</i> B. Leczenie Lucentis – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> Data zabiegu: a) <i>wprowadź datę pierwszego zabiegu</i> b) <i>wprowadź datę drugiego zabiegu</i> c) <i>wprowadź datę kolejnego zabiegu</i> C. Leczenie fotokoagulacją – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> Data zabiegu: a) <i>wprowadź datę pierwszego zabiegu</i> b) <i>wprowadź datę drugiego zabiegu</i> c) <i>wprowadź datę kolejnego zabiegu</i>
35. Martwicze zapalenie jelit – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> A. Stopień (IIa, IIb, IIIa, IIIb): <i>wybierz z listy odpowiedź</i> B. Doba życia: <i>wybierz z listy odpowiedź</i> C. Leczenie: a) zachowawcze – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> b) operacyjne – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i>
36. Perforacja przewodu pokarmowego – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i>
Część E: żywienie
37. Sposób żywienia: A. Żywienie pozajelitowe: a) data rozpoczęcia żywienia: <i>wybierz datę</i> b) żywienie pozajelitowe (całkowite, częściowe): <i>wybierz odpowiedź</i> c) data zakończenia żywienia: <i>wybierz datę</i>

PESEL dziecka:

PESEL matki:

<p>B. Żywienie enteralne:</p> <p>a) data rozpoczęcia żywienia enteralnego: <i>wybierz datę</i> , która doba życia: <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p>b) data osiągnięcia pełnego żywienia enteralnego: <i>wybierz datę</i> , która doba życia: <i>wpisz odpowiedź</i></p>
<p>38. Dostęp do przewodu pokarmowego:</p> <p>A. Karmienie doustne – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>B. Zgłębnik żołądkowy – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>C. Zgłębnik dojelitowy – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>D. Gastrostomia – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>E. Jejunostomia – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p>
<p>39. Rodzaj pokarmu:</p> <p>A. PM – pokarm matki – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>B. MM – mleko modyfikowane – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>C. ME – mieszanki eliminacyjne – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>D. PM+HMF – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>E. PB – pokarm z banku mleka kobiecego – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>F. Pełna podaż żywienia enteralnego – doba życia: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p>
<p>40. Zaburzenia ssania (stymulacja odruchu ssania) – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p>
<p style="text-align: center;">Część F: immunizacja i szczepienia</p>
<p>41. Czy podano immunizację (paliwizumab): <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>Jeżeli tak, podaj datę podania immunizacji: <i>wybierz datę</i></p>
<p>42. Jakie szczepienia wykonano na oddziale noworodkowym:</p> <p>A. Szczepionka przeciw WZW b – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>Jeżeli tak, podaj liczbę dawek WZW b: <i>wybierz z listy odpowiedź</i> i datę podania ostatniej dawki: <i>wybierz datę</i></p> <p>B. Szczepionka BCG przeciw gruźlicy – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>Jeżeli tak, podaj datę szczepienia: <i>wybierz datę</i></p> <p>C. Szczepionki 5 w 1 (szczepionka pięcioskładnikowa) – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>Jeżeli tak, podaj datę szczepienia: <i>wybierz datę</i></p> <p>D. Szczepionka 6 w 1 (szczepionka sześcioskładnikowa) – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>Jeżeli tak, podaj datę szczepienia: <i>wybierz datę</i></p> <p>E. Szczepienie przeciwko pneumokokom – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p> <p>Jeżeli tak, podaj datę szczepienia: <i>wybierz datę</i> i podaj rodzaj szczepionki (walentność): <i>wpisz odpowiedź</i></p> <p>F. Szczepienie przeciw rotawirusom – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i></p>

PESEL dziecka:

PESEL matki:

Jeżeli tak, podaj datę szczepienia: <i>wybierz datę</i> i podaj rodzaj szczepionki: <i>wpisz odpowiedź</i>
43. Powikłania poszczepienne – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> i opisz powikłania: <i>opisz powikłania</i>
Część G: badania przesiewowe noworodków
44. Pobranie badania przesiewowego na bibułę – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> Informacja o nieprawidłowym wyniku badania: <i>wpisz wynik badania</i>
45. Wykonano przesiewowe badanie słuchu – jeżeli tak: <i>zaznacz odpowiedź</i> Wynik prawidłowy – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
Część H: wypis ze szpitala
46. Tryb wypisu dziecka – z uwzględnieniem docelowej placówki służby zdrowia, jeśli dotyczy: <i>wybierz z listy odpowiedź</i>
47. Data wypisu dziecka: <i>wybierz datę</i>
48. Okres pobytu w szpitalu od urodzenia: od <i>wybierz datę</i> do <i>wybierz datę</i>
49. Ukończony tydzień ciąży przy urodzeniu: <i>wybierz z listy liczbę tygodni ciąży,</i> <i>wybierz z listy liczbę dni</i>
50. Wiek postkonceptyjny przy wypisie: <i>wpisz odpowiedź</i> wiek korygowany przy wypisie: <i>wpisz odpowiedź</i>
51. Masa urodzeniowa w gramach: <i>wpisz masę urodzeniową</i>
52. Masa w dniu wypisu: <i>wpisz masę w dniu wypisu</i>
53. Centyl masy urodzeniowej (pozycja na siatce): <i>wpisz pozycję na siatce</i>
54. Centyl masy przy wypisie (pozycja na siatce): <i>wpisz pozycję na siatce</i>
55. Urodzeniowy obwód głowy (cm): <i>wpisz urodzeniowy obwód głowy</i>
56. Wypisowy obwód głowy (cm): <i>wpisz wypisowy obwód głowy</i>

PESEL dziecka:

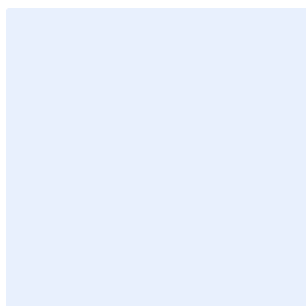
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****CZĘŚĆ II****PORADA ZERO****W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA****Porada kwalifikacyjna do programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (w trakcie hospitalizacji)**0/1/1. DATA PORADY: *wybierz datę*0/1/2. WYWIAD: *wpisz wywiad*

0/1/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania – zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
 - b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. CHr – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- g. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- h. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- cc. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- dd. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- gg. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

0/1/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia:
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG:
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

<p>data badania: <i>wybierz datę</i></p> <p>wynik badania prawidłowy – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: <i>wpisz wnioski</i></p> <p>b. RM: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>data badania: <i>wybierz datę</i></p> <p>wynik badania prawidłowy – tak/nie: <i>wybierz z listy odpowiedź</i></p> <p>Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: <i>wpisz wnioski</i></p>
--

0/1/5. CZY STWIERDZONO RETINOPATIĘ (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

wybierz z listy odpowiedź

Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

0/1/6. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

0/1/6/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Pierwszy rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada kwalifikacyjna zero w pierwszym roku życia dziecka					

0/1/6/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

A. Pokarm matki: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

B. Pokarm matki + wzmacniacz mleka kobiecego: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

C. Mieszanka dla niemowląt urodzonych przedwcześnie:

wybierz z listy, ile razy dziennie

D. Mieszanka dla niemowląt urodzonych o czasie: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

E. Mieszanka eliminacyjna: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

F. Mieszanka wysokoenergetyczna: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

G. Suplementacja witamin – jeżeli tak (jakich): *wpisz odpowiedź*

H. Suplementacja żelaza – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*

I. Suplementacja wapniowo-fosforanowa (jeżeli stosowano BMF, proszę uznać to za suplementację) – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

0/1/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

0/1/8. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

0/1/9. UWAGI DODATKOWE: *wpisz uwagi dodatkowe*

0/1/10. CZY SZCZEPIONIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ –
tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód: *wpisz powód*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

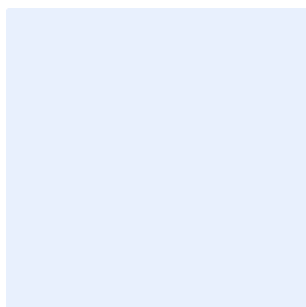
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****PORADA PIERWSZA
W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA
(80–100 dni od porady kwalifikującej)**1/1/1. DATA PORADY: *wybierz datę*1/1/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

1/1/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania – zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
 - b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. CHr – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- g. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- h. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- cc. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- dd. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- gg. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

1/1/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
 - a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- b. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG: *wybierz odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG – jakie: *wybierz odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

1/1/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW): *wpisz konsultację*

1/1/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

wybierz z listy odpowiedź

Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

1/1/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

1/1/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Pierwszy rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada pierwsza w pierwszym roku życia dziecka					

1/1/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

- A. Pokarm matki: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- B. Pokarm matki + wzmacniacz mleka kobiecego: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- C. Mieszanka dla niemowląt urodzonych przedwcześnie:
wybierz z listy, ile razy dziennie
- D. Mieszanka dla niemowląt urodzonych o czasie: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- E. Mieszanka eliminacyjna: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- F. Mieszanka wysokoenergetyczna: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- G. Suplementacja witamin – jeżeli tak (jakich): *wpisz odpowiedź*
- H. Suplementacja żelaza – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*
- I. Suplementacja wapniowo-fosforanowa (jeżeli stosowano BMF, proszę uznać to za suplementację) – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

1/1/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

1/1/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

1/1/10. UWAGI DODATKOWE: *wpisz uwagi dodatkowe*

1/1/11. CZY SZCZEPIENIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ –
tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód: *wpisz powód*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

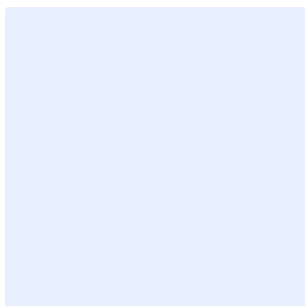
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****PORADA DRUGA
W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA
(170–190 dni od porady kwalifikującej)**2/1/1. DATA PORADY: *wybierz datę*2/1/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

2/1/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania – zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
 - b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. CHr – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- g. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- h. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- cc. Badanie ogólne moczu:
 - wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
 - jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- dd. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- gg. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

2/1/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG – jakże: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG – jakże: *wpisz odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

b. RM: *wybierz z listy odpowiedź*

data badania: *wybierz datę*

wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

2/1/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW): *wpisz konsultację*

2/1/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

wybierz z listy odpowiedź

Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

2/1/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

2/1/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Pierwszy rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada druga w pierwszym roku życia dziecka					

2/1/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

A. Pokarm matki: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

B. Pokarm matki + wzmacniacz mleka kobiecego: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

C. Mieszanka dla niemowląt urodzonych przedwcześnie: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

D. Mieszanka dla niemowląt urodzonych o czasie: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

E. Mieszanka eliminacyjna: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

F. Mieszanka wysokoenergetyczna: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

G. Suplementacja witamin – jeżeli tak (jakich): *wpisz odpowiedź*

H. Suplementacja żelaza – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*

I. Suplementacja wapniowo-fosforanowa (jeżeli stosowano BMF, proszę uznać to za suplementację) – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*

J. Pokarmy uzupełniające – jakie: *wpisz odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

2/1/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

2/1/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

2/1/10. UWAGI DODATKOWE: *wpisz uwagi dodatkowe*

2/1/11. CZY SZCZEPIENIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ –
tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód: *wpisz powód*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

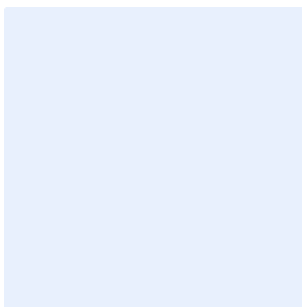
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****PORADA TRZECIA
W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA
(260–280 dni od porady kwalifikującej)**3/1/1. DATA PORADY: *wybierz datę*3/1/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

3/1/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania – zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina *wpisz wyniki badania*
 - b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. CHr – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- g. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- h. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- cc. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- dd. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- gg. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

3/1/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

b. RM: *wybierz z listy odpowiedź*

data badania: *wybierz datę*

wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

3/1/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW): *wpisz konsultację*

3/1/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

wybierz z listy odpowiedź

Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

3/1/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

3/1/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Pierwszy rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada trzecia w pierwszym roku życia dziecka					

3/1/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

- A. Pokarm matki: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- B. Mieszanka dla niemowląt urodzonych o czasie: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- C. Mieszanka eliminacyjna: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- D. Mieszanka wysokoenergetyczna: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- E. Pokarmy uzupełniające – jakie: *wpisz odpowiedź*
- F. Suplementacja witamin – jeżeli tak (jakich): *wpisz odpowiedź*
- G. Suplementacja żelaza – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*
- H. Suplementacja wapniowo-fosforanowa (jeżeli stosowano BMF, proszę uznać to za suplementację) – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*

3/1/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

3/1/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

3/1/10. UWAGI DODATKOWE:

wpisz uwagi dodatkowe

3/1/11. CZY SZCZEPIENIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ –
tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód: *wpisz powód*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****BILANS OPIEKI
PO PIERWSZYM ROKU ŻYCIA
(350–370 dni od porady kwalifikującej)**B/1/1. DATA PORADY: *wybierz datę*B/1/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

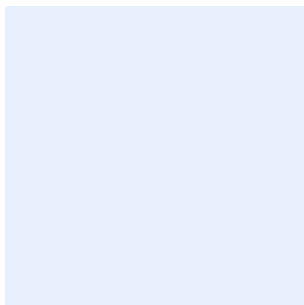
B/1/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania – zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

a. Morfologia – wynik badania:

a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*

b) Wstaw obraz



b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

e. CHr – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

g. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- h. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- cc. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- dd. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- gg. Wydalanie hormonów w moczu. Wynik badania: *wpisz wyniki badania*

B/1/4. BADANIA OBRAZOWE:

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG – jakie: *wpisz odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG – jakie: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia: data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- b. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
 data badania: *wybierz datę*
 wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

B/1/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW): *wpisz konsultację*

B/1/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

wybierz z listy odpowiedź

Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

B/1/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

B/1/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Pierwszy rok życia	Data	masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada czwarta bilans po pierwszym roku życia dziecka					

B/1/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

- A. Pokarm matki: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
 B. Posiłki mleczne (wszystkie): *wybierz z listy, ile razy dziennie*
 C. Inne pokarmy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*, ile razy dziennie:
wybierz z listy, ile razy dziennie opis: opisz inne pokarmy
 D. Suplementacja witamin – jeżeli tak (jakich): *wpisz odpowiedź*
 E. Suplementacja żelaza – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*
 F. Suplementacja wapniowo-fosforanowa (jeżeli stosowano BMF, proszę uznać to za suplementację) – jeżeli tak: *zaznacz odpowiedź*

B/1/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

B/1/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

PESEL dziecka:

PESEL matki:

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

B/1/10. WNIOSKI Z BILANSU:

- A. OCENA POZYTYWNA BILANSU – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
- B. CZY WYSTĘPUJE U DZIECKA PODEJRZENIE SPECTRUM AUTYZMU ASD (według kodu ICD-10: F84) lub zaburzenia rozwoju (według kodów ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99) – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Czy skierowano dziecko na konsultację/terapię: *wybierz z listy odpowiedź*

- C. UWAGI DODATKOWE (w tym problem zdrowotny stwierdzany u dziecka rocznego):
wpisz uwagi dodatkowe

B/1/11. CZY SZCZEPIENIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ – tak/nie:
wybierz z listy odpowiedź

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód: *wpisz powód*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

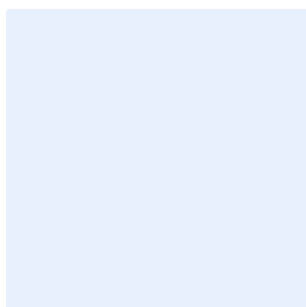
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****DRUGI ROK ŻYCIA
PORADA PIERWSZA
W DRUGIM ROKU ŻYCIA
(80–100 dni od porady bilansowej)**1/2/1. DATA PORADY: *wybierz datę*1/2/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

1/2/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania – zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
 - b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- g. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- h. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Badanie ogólne moczu:
Wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- cc. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- dd. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

1/2/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz rodzaj RTG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG: *wybierz rodzaj RTG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG: *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG: *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny:
- a. RM: *wpisz, którego układu/narządu dotyczy rezonans*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

b. RM: *wpisz, którego układu/narządu dotyczy rezonans*

data badania: *wybierz datę*

wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

1/2/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW): *wpisz konsultację*

1/2/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

wybierz z listy odpowiedź

Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

1/2/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

1/2/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Drugi rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada pierwsza w drugim roku życia dziecka					

1/2/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

A. Pokarm matki: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

B. Mieszanka dla niemowląt urodzonych o czasie – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

C. Posiłki mleczne (wszystkie) ile razy dziennie: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

D. Inne pokarmy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*, ile razy dziennie: *wybierz z listy, ile razy dziennie* opis: *opisz inne pokarmy*

1/2/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

1/2/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

PESEL dziecka:

PESEL matki:

1/2/10. UWAGI DODATKOWE (w tym problem zdrowotny stwierdzany u dziecka rocznego):

wpisz uwagi dodatkowe

1/2/11. CZY SZCZEPIENIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ –
tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód: *wpisz powód*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

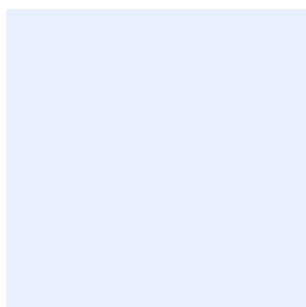
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****PORADA DRUGA
W DRUGIM ROKU ŻYCIA
BILANS OPIEKI****(170–190 dni od porady bilansowej po pierwszym roku życia)**B/2/2/1. DATA PORADY: *wybierz datę*B/2/2/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

B/2/2/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania – zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
 - b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- g. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- h. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- cc. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- dd. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

B/2/2/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz rodzaj RTG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG: *wybierz rodzaj RTG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG: *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG: *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny:
- a. RM: *wpisz jakiego układu/narządu dotyczy rezonans*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

b. RM: *wpisz, którego układu/narządu dotyczy rezonans*

data badania: *wybierz datę*

wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

B/2/2/5. OPIS KONSULTACJI LEKARZA SPECJALISTY(-ÓW): *wpisz konsultację*

B/2/2/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

wybierz z listy odpowiedź

Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

B/2/2/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

B/2/2/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Drugi rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada druga w drugim roku życia dziecka					

B/2/2/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

A. Pokarm matki: *wybierz z listy, ile razy dziennie*

B. Mieszanka dla niemowląt urodzonych o czasie – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

C. Posiłki mleczne (wszystkie): *wybierz z listy, ile razy dziennie*

D. Inne pokarmy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*, ile razy dziennie:

wybierz z listy, ile razy dziennie opis: opisz inne pokarmy

E. Suplementacja żelaza – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

F. Suplementacja witaminowa – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

B/2/2/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

B/2/2/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

PESEL dziecka:

PESEL matki:

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

B/2/2/10. UWAGI DODATKOWE: *wpisz uwagi dodatkowe*

B/2/2/11. WNIOSKI Z BILANSU:

A. Wskaźnik masy ciała BMI: *wpisz wskaźnik masy ciała*

B. Ocena pozytywna bilansu – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

C. Czy występuje podejrzenie spectrum autyzmu ASD (według kodu ICD-10: F84) lub zaburzenia rozwoju (według kodów ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99):

wybierz z listy odpowiedź

Czy skierowano na konsultację/terapię – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

wpisz konsultację

D. UWAGI DODATKOWE (W TYM PROBLEM ZDROWOTNY STWIERDZONY U DZIECKA W UKOŃCZONYM DRUGIM ROKU ŻYCIA): *wpisz uwagi dodatkowe*

B/2/2/12. CZY SZCZEPIONIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód: *wpisz powód*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

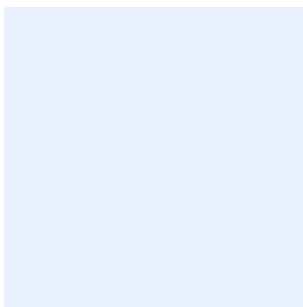
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****PORADA TRZECIA
W DRUGIM ROKU ŻYCIA****(260–280 dni od porady bilansowej po pierwszym roku życia)**3/2/1. DATA PORADY: *wybierz datę*3/2/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

3/2/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania: zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
- b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- g. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- h. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- j. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- cc. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- dd. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

3/2/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG: *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG: *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

b. RM: *wybierz z listy odpowiedź*

data badania: *wybierz datę*

wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

3/2/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW): *wpisz konsultację*

3/2/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

wybierz z listy odpowiedź

Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

3/2/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

3/2/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Drugi rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada trzecia w drugim roku życia dziecka					

3/2/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

- A. Pokarm matki: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- B. Mieszanka dla niemowląt urodzonych o czasie – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
- C. Posiłki mleczne (wszystkie) – ile razy dziennie: *wybierz z listy, ile razy dziennie*
- D. Inne pokarmy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*, ile razy dziennie: *wybierz z listy, ile razy dziennie* opis: *opisz inne pokarmy*
- E. Suplementacja żelaza – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
- F. Suplementacja witaminowa – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

3/2/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

3/2/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

PESEL dziecka:

PESEL matki:

3/2/10. UWAGI DODATKOWE: *wpisz uwagi dodatkowe*

3/2/2/11. CZY SZCZEPIENIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ –
tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód: *wpisz powód*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****BILANS OPIEKI
PO DRUGIM ROKU ŻYCIA**

(350–370 dni od porady bilansowej po pierwszym roku życia)

B/2/1. DATA PORADY: *wybierz datę*B/2/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

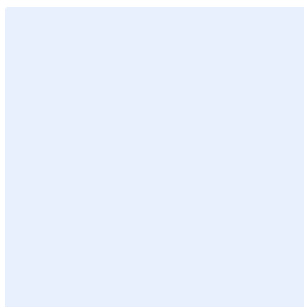
B/2/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania – zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

a. Morfologia – wynik badania:

a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*

b) Wstaw obraz



b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

e. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

g. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

h. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- i. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- cc. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- dd. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

B/2/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
 - b. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG – *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
 - b. USG – jakie: *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG – data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa – jaka:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
 - b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny – jaki:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
- data badania: *wybierz datę*
- wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
- Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

B/2/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz konsultację

B/2/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

*wybierz z listy odpowiedź*Jeśli tak, które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

B/2/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

B/2/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Drugi rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada czwarta bilansowa po drugim roku życia dziecka					

B/2/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

- A. Żywienie bez ograniczeń – tak/nie: *wybierz odpowiedź*
- B. Żywienie z ograniczeniami – z jakimi: *wpisz ograniczenia*
- C. Liczba posiłków mlecznych: *wpisz odpowiedź*

B/2/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

B/2/9. WNIOSKI Z BILANSU:

- A. Wskaźnik masy ciała BMI: *wpisz wskaźnik masy ciała*
- B. Ocena pozytywna bilansu – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
- C. Czy występuje podejrzenie spectrum autyzmu ASD (według kodu ICD-10: F84) lub zaburzenia rozwoju (według kodów ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99): *wybierz z listy odpowiedź*

Czy skierowano na konsultację/terapię – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

wpisz konsultację

- D. UWAGI DODATKOWE (W TYM PROBLEM ZDROWOTNY STWIERDZONY U DZIECKA W UKOŃCZONYM DRUGIM ROKU ŻYCIA)

wpisz uwagi dodatkowe

CZY SZCZEPIENIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione, proszę podać powód:

wpisz powód

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

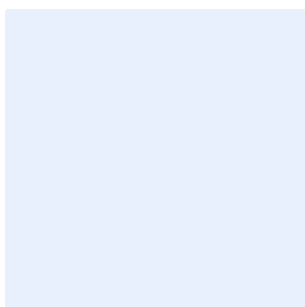
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****PORADA PIERWSZA****W TRZECIM ROKU ŻYCIA****(80–120 dni od porady bilansowej po drugim roku życia)**1/3/1. DATA PORADY: *wybierz datę*1/3/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

1/3/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania: zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik: w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
- b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- g. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- h. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- cc. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- dd. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

1/3/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
Wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG – *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG – jakie: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia:
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG:
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa – jaka:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny – jaki:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

data badania: *wybierz datę*
 wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

b. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
 data badania: *wybierz datę*
 wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

1/3/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):
wpisz konsultację

1/3/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:
wybierz z listy odpowiedź
 Jeśli tak – które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*

1/3/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

1/3/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Trzeci rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada pierwsza w trzecim roku życia dziecka					

1/3/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

A. Żywienie bez ograniczeń – tak/nie: *wybierz odpowiedź*
 B. Żywienie z ograniczeniami – z jakimi: *wpisz ograniczenia*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

1/3/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

1/3/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

1/3/10. UWAGI DODATKOWE (w tym problem zdrowotny stwierdzany u dziecka w ukończonym drugim roku życia):

wpisz uwagi dodatkowe

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

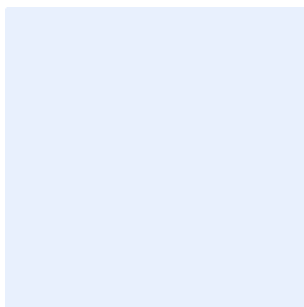
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****PORADA DRUGA
W TRZECIM ROKU ŻYCIA****(220–240 dni od porady bilansowej po drugim roku życia)**2/3/1. DATA PORADY: *wybierz datę*2/3/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

2/3/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania: zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik: w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
- b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- e. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- g. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- h. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- i. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Badanie ogólne moczu:

wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- cc. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- dd. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

2/3/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG – *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG: *wybierz rodzaj USG*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia:
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG:
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa – jaka:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny – jaki:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

data badania: *wybierz datę*
 Wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

b. RM: *wybierz z listy odpowiedź*
 data badania: *wybierz datę*
 wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

2/3/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz konsultację

2/3/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:

*wybierz z listy odpowiedź*Jeśli tak – które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*Jeśli inne: *wpisz odpowiedź**wpisz zlecenie konsultacji okulisty*

2/3/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:

2/3/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA

Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Trzeci rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/centyl	Uwagi
porada druga w trzecim roku życia dziecka					

2/3/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*A. Żywienie bez ograniczeń – tak/nie: *wybierz odpowiedź*B. Żywienie z ograniczeniami – z jakimi: *wpisz ograniczenia*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

2/3/8. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA (OPIS): *wpisz plan leczenia*

2/3/9. ZLECENIE KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):

wpisz rodzaje konsultacji do wykonania do następnej wizyty

2/3/10. UWAGI DODATKOWE (w tym problem zdrowotny stwierdzany u dziecka w ukończonym drugim roku życia):

wpisz uwagi dodatkowe

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

PESEL dziecka:

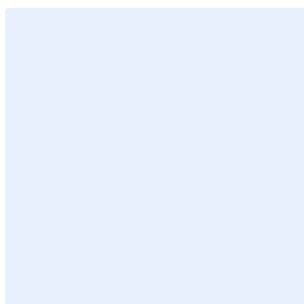
PESEL matki:

KARTA DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE**Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej
nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD****TRZECI ROK ŻYCIA
BILANS OPIEKI
PO TRZECIM ROKU ŻYCIA****Po zakończeniu programu pilotażowego z ustaleniem dalszego postępowania**B/3/1. DATA PORADY: *wybierz datę*B/3/2. WYWIAD OD CZASU POPRZEDNIEJ PORADY: *wpisz wywiad*

B/3/3. BADANIA LABORATORYJNE (OBLIGATORYJNIE MORFOLOGIA KRWI):

A. Rodzaj badania: zaznacz na liście rodzaj badania oraz wpisz jego wynik; w przypadku morfologii wstaw skan/PDF z pliku:

- a. Morfologia – wynik badania:
- a) Hemoglobina: *wpisz wyniki badania*
- b) Wstaw obraz



- b. Żelazo – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- c. Ferrytyna – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- d. Retikulocyty – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

- e. CRP – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- f. Koagulogram – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- g. ALAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- h. ASPAT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- i. GGPT – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- j. Wapń – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- k. Fosfor – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- l. Sód – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- m. Potas – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- n. Mocznik – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- o. Kreatynina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- p. Glukoza – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- q. Albuminy – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- r. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- s. Hormon folikulotropowy (FSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- t. Hormon luteinizujący (LH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- u. Hormon tyreotropowy (TSH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- v. FT3 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- w. FT4 – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- x. Alfafetoproteina – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- y. Hormon wzrostu (GH) – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- z. Kortyzol – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- aa. Witamina D – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- bb. Badanie ogólne moczu:
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy: *wpisz nieprawidłowe wyniki*
- cc. Wydalanie wapnia w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- dd. Wydalanie fosforu w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ee. Wydalanie kreatyniny w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*
- ff. Wydalanie hormonów w moczu – wynik badania: *wpisz wyniki badania*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

B/3/4. BADANIA OBRAZOWE:

- A. Badanie RTG:
- a. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. RTG: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- B. Badania USG:
- a. USG – *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. USG – *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- C. Echokardiografia:
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- D. EEG:
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- E. Tomografia komputerowa – jaka:
- a. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- b. TK: *wybierz z listy odpowiedź*
data badania: *wybierz datę*
wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*
- F. Rezonans magnetyczny – jaki:
- a. RM: *wybierz z listy odpowiedź*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

data badania: *wybierz datę*
 wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

b. RM: *wpisz, którego układu/narządu dotyczy rezonans*

data badania: *wybierz datę*
 wynik badania prawidłowy – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeżeli wynik nieprawidłowy, wpisz wnioski: *wpisz wnioski*

B/3/5. OPIS KONSULTACJI SPECJALISTY(-TÓW):
wpisz konsultację

B/3/6. CZY STWIERDZONO RETINOPATIE (według kodu ICD-10: H35.1) – tak/nie:
wybierz z listy odpowiedź
 Jeśli tak – które stadium: *wybierz z listy odpowiedź*
 Jeśli inne: *wpisz odpowiedź*
wpisz zlecenie konsultacji okulisty

B/3/7. USTALENIE INDYWIDUALNEGO PLANU ŻYWIENIA:
 B/3/7/1. KARTA MONITOROWANIA EFEKTÓW ŻYWIENIA
 Proszę o wypełnienie karty monitorowania efektów żywienia

Trzeci rok życia	Data	Masa ciała (kg)/centyl	Długość ciała (cm)/centyl	Obwód głowy(cm)/ centyl	Uwagi
porada trzecia bilans po trzecim roku życia dziecka					

B/3/7/2. PLAN ŻYWIENIA (OPIS): *opisz plan żywienia*

A. Żywienie bez ograniczeń – tak/nie: *wybierz odpowiedź*
 B. Żywienie z ograniczeniami – z jakimi: *wpisz ograniczenia*

PESEL dziecka:

PESEL matki:

B/3/8. Wnioski z bilansu

A. Wskaźnik masy ciała BMI: *wpisz wskaźnik masy ciała*

B. Ocena pozytywna bilansu – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

C. Czy występuje podejrzenie spectrum autyzmu ASD (według kodu ICD-10: F84) lub zaburzenia rozwoju (według kodów ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99):

wybierz z listy odpowiedź

Czy skierowano na konsultację/terapię – tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

D. UWAGI DODATKOWE (w tym problem zdrowotny stwierdzany u dziecka w ukończonym trzecim roku życia):

wpisz uwagi dodatkowe

E. CZY SZCZEPIENIA DZIECKA WYKONANO ZGODNIE Z KALENDARZEM SZCZEPIEŃ?

tak/nie: *wybierz z listy odpowiedź*

Jeśli dziecko jest niezaszczepione – proszę podać powód: *wpisz powód*

DZIECKO PRZEKAZANE POD OPIEKĘ, jeśli tak – WPISAĆ POD JAKĄ OPIEKĘ: *kliknij tutaj i wpisz*

Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu: *wpisz imię i nazwisko*

Przy wydruku: podpis

WZÓR

DEKLARACJA WYBORU ośrodka koordynującego KORD w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD		
UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.		
I. Dane osobowe		
1.	Dane dotyczące dziecka:	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ¹⁾)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ²⁾)	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (nazwisko)		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (imiona)		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (numer PESEL, a w przypadku dzieci, które nie mają nadanego numeru PESEL, PESEL opiekuna prawnego albo seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (płeć: K/M)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)
Adres zamieszkania:		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (ulica)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (nr domu/mieszkania)	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (kod pocztowy)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (miejscowość)	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (nazwa gminy)		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (numer telefonu)
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (ulica)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (nr domu/mieszkania)	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (kod pocztowy)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (miejscowość)	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (nazwa gminy)		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> (numer telefonu)

2.	Dane dotyczące opiekuna prawnego dokonującego wyboru:								
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> (nazwisko)		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> (imię)							
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> (numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)							
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td> <td>matka</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ojciec</td> </tr> <tr> <td></td> <td>inny (jaki?) lub brak</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">(stopień pokrewieństwa z dzieckiem³⁾)</p>			matka		ojciec		inny (jaki?) lub brak
	matka								
	ojciec								
	inny (jaki?) lub brak								

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację (opiekuna prawnego dziecka):

1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
2. Oświadczam, że zostałam (-łem) poinformowana (-ny) o tym, że dane osobowe zbierane przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

.....
(data: dzień-miesiąc-rok)

.....
(podpis opiekuna prawnego dziecka)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację)

III. Deklaracja wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD

1. Deklaruję wybór:

(świadczeniodawca realizujący program pilotażowy)

2. Jest to wybór świadczeniodawcy dokonywany w roku bieżącym³⁾:

po raz pierwszy		po raz kolejny	
-----------------	--	----------------	--

.....
(data: dzień-miesiąc-rok)

.....
(podpis opiekuna prawnego dziecka)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację)

IV. Rezygnacja z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD

Rezygnuję z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD

(świadczeniodawca realizujący program pilotażowy)

ZAKRES ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RAMACH KOMPLEKSOWEJ OPIEKI ROZWOJOWEJ DZIECI
URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE KORD

1. Badanie przedmiotowe z oceną wzrastania.
2. Badania diagnostyczne obejmujące:
 - 1) badania laboratoryjne:
 - a) I81 Białko C-reaktywne (CRP),
 - b) C55 Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów,
 - c) C53 Morfologia krwi 8-parametrowa,
 - d) C69 Retykulocyty,
 - e) O95 Żelazo (Fe),
 - f) L05 Ferrytyna,
 - g) G11 Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT),
 - h) G21 Czas protrombinowy (PT),
 - i) G53 Fibrynogen (FIBR),
 - j) M37 Kreatynina surowica/mocz,
 - k) N13 Mocznik,
 - l) I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT),
 - m) I19 Aminotransferaza asparaginianowa (AST),
 - n) L31 Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP),
 - o) O77 Wapń całkowity (Ca) surowica/mocz,
 - p) O75 Wapń zjonizowany (Ca²⁺),
 - q) L23 Fosfor nieorganiczny surowica/mocz,
 - r) O35 Sód (Na),
 - s) N45 Potas (K),
 - t) I97 Chlorek (Cl),
 - u) M87 Magnez całkowity (Mg),
 - v) L43 Glukoza z krwi żyłnej,
 - w) I09 Albumina,
 - x) L63 Hormon adrenokortykotropowy (ACTH),
 - y) L65 Hormon folikulotropowy (FSH),
 - z) L67 Hormon luteinizujący (LH),
 - za) L69 Hormon tyreotropowy (TSH),
 - zb) O55 Trijodotyronina wolna FT3,
 - zc) O69 Tyroksyna wolna FT4,
 - zd) N29 Parathormon (PTH),
 - ze) L11 Fosfataza alkaliczna,
 - zf) L71 Hormon wzrostu (GH),
 - zg) M31 Kortyzol,
 - zh) O87 Witamina D – 1,25 OH,
 - zi) O91 Witamina D – 25 OH,
 - zj) A01 Badanie ogólne moczu (profil),

- zk) L55 Hemoglobina glikowana (HbA1c),
- zl) I16 Aminokwasy,
- zm) I77 Białko całkowite,
- zn) I87 Bilirubina bezpośrednia,
- zo) I89 Bilirubina całkowita,
- zp) I91 Bilirubina pośrednia,
- zq) I99 Cholesterol całkowity,
- zr) K01 Cholesterol HDL,
- zs) K03 Cholesterol LDL,
- zt) O49 Triglicerydy,
- zu) L95 Immunoglobuliny M (IgM),
- zv) wydalanie hormonów w moczu;

2) badania obrazowe:

- a) 88.900 rezonans magnetyczny głowy bez wzmocnienia kontrastowego,
- b) 88.901 rezonans magnetyczny głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,
- c) 88.923 rezonans magnetyczny klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego,
- d) 88.924 rezonans magnetyczny klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,
- e) 88.971 rezonans magnetyczny jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego,
- f) 88.976 rezonans magnetyczny jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,
- g) 87.030 tomografia komputerowa głowy bez wzmocnienia kontrastowego,
- h) 87.031 tomografia komputerowa głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,
- i) 87.440 radiologia klatki piersiowej,
- j) 87.691 radiologia przełyku z kontrastem,
- k) 89.141 Elektroencefalografia (EEG),
- l) 88.712 Echoencefalografia,
- m) 88.713 ultrasonografia tarczycy i przytarczyc,
- n) 88.716 ultrasonografia przezczaszkowa – doppler,
- o) 88.718 ultrasonografia przezciemiączkowa,
- p) 88.738 ultrasonografia klatki piersiowej,
- q) 88.751 ultrasonografia naczyń nerkowych – doppler,
- r) 88.752 ultrasonografia nerek, moczowodów, pęcherza moczowego,
- s) 88.761 ultrasonografia brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej,
- t) 88.733 ultrasonografia płuc,
- u) 88.790 ultrasonografia węzłów chłonnych,
- v) 88.791 ultrasonografia wielomiejscowe,
- w) 88.792 ultrasonografia macicy nieciążarnej i przydatków,
- x) 88.793 ultrasonografia kończyn górnych lub dolnych,
- y) 88.796 ultrasonografia stawów rąk lub stawów stóp,
- z) 88.797 ultrasonografia stawów biodrowych,
- za) 88.799 ultrasonografia moszny w tym jąder i najądrzy,
- zb) 88.721 Echokardiografia.

3. Porady specjalistyczne lekarskie, logopedyczne i psychologiczne oraz diagnostyka i terapia dla dzieci z podejrzeniem spektrum autyzmu albo ze spektrum autyzmu (według

Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: F84) i z zaburzeniami rozwoju psychicznego (według ICD-10: F80, F82, F83, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F98, F99).

4. Rehabilitacja lecznicza według indywidualnego programu rehabilitacji psychoruchowej.

WARUNKI ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W RAMACH KOMPLEKSOWEJ OPIEKI ROZWOJOWEJ DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE KORD

1. Diagnostyka i terapia dla dzieci z:
 - 1) podejrzeniem spektrum autyzmu albo ze spektrum autyzmu jest realizowana zgodnie z warunkami określonymi w lp. 7 załącznika nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.);
 - 2) zaburzeniami rozwoju psychicznego jest realizowana zgodnie z warunkami określonymi w lp. 2 załącznika nr 6 do rozporządzenia, o którym mowa w pkt 1.
2. Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego jest realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego spełniającego warunki określone w lp. 3 lit. b załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265).
3. Poszczególne elementy kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD są realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi dziecka w ramach leczenia ambulatoryjnego, opieki psychiatrycznej i rehabilitacji leczniczej.
4. Kompleksowa opieka rozwojowa dzieci urodzonych przedwcześnie KORD jest realizowana w ramach dwóch modułów:
 - I. **Moduł I** – diagnostyka i terapia i monitorowanie efektów leczenia obejmuje:
 1. specjalistyczną opiekę neonatologiczną i pediatryczną, w okresie 48 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia, w ramach której należy zapewnić możliwość uzyskania:
 - 1) porady we wszystkie dni robocze, w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych;
 - 2) badań diagnostycznych;
 - 3) dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w oddziale o profilu neonatologia lub pediatria – w przypadkach uzasadnionych medycznie;
 2. porady specjalistyczne i badania laboratoryjne związane z realizacją indywidualnego planu leczenia i modyfikacją planu żywienia;
 3. diagnostykę i terapię dla dzieci z podejrzeniem spektrum autyzmu lub ze spektrum autyzmu i zaburzeniami rozwoju psychicznego;
 4. minimalną liczbę porad specjalistycznych realizowanych w ramach świadczenia opieki zdrowotnej:
 - 1) **w pierwszym roku życia (5 porad):**
 - a) porada zero, kwalifikująca do opieki KORD (w trakcie hospitalizacji) – konsultacja koordynatora procesu leczenia,
 - b) porada pierwsza (od 80 dni do 100 dni od dnia porady kwalifikującej):
 - wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,

- ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają),
 - c) porada druga (od 170 dni do 190 dni od dnia porady kwalifikującej):
 - wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają),
 - d) porada trzecia (od 260 dni do 280 dni od dnia porady kwalifikującej):
 - wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają),
 - e) porada czwarta – porada bilansowa opieki po pierwszym roku życia (od 350 dni do 370 dni od dnia porady kwalifikującej):
 - wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają);
- 2) w drugim roku życia (4 porady):**
- a) porada pierwsza (od 80 dni do 100 dni od dnia porady bilansowej opieki po pierwszym roku życia):
 - wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają),
 - b) porada druga – bilansowa (od 170 dni do 190 dni od dnia porady bilansowej opieki po pierwszym roku życia):
 - wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają),
 - c) porada trzecia (od 260 dni do 280 dni od dnia porady bilansowej opieki po pierwszym roku życia):
 - wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,

- badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają),
- d) porada czwarta – porada bilansowa opieki po drugim roku (od 350 dni do 370 dni od porady bilansowej opieki po pierwszym roku życia):
- wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają);

3) w trzecim roku życia (3 porady):

- a) porada pierwsza (od 80 dni do 120 dni od dnia porady bilansowej opieki po drugim roku życia):
- wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają),
- b) porada druga (od 220 dni do 240 dni od dnia porady bilansowej opieki po drugim roku życia):
- wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia,
 - porady specjalistyczne (dla świadczeniobiorców, którzy ich wymagają),
- c) porada bilansowa opieki po zakończeniu programu pilotażowego z ustaleniem dalszego postępowania:
- wywiad i badanie fizykalne,
 - badania laboratoryjne,
 - badania obrazowe,
 - ustalenie indywidualnego planu leczenia i żywienia.

5. W przypadku świadczeniobiorców zakwalifikowanych do programu pilotażowego, którzy ze względu na termin kwalifikacji do programu pilotażowego nie będą mogli ukończyć opieki KORD, należy wykonać końcową poradę bilansową.

II. **Moduł II** – rehabilitacja lecznicza obejmuje rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego realizowaną według indywidualnego programu rehabilitacji psychoruchowej, prowadzoną w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego.

WYKAZ OŚRODKÓW KOORDYNUJĄCYCH KORD

- 1) Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 2) Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi;
- 3) Instytut Matki i Dziecka w Warszawie;
- 4) Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;
- 5) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
- 6) Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy;
- 7) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 8) Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.

PLAN SZKOLENIA ON-LINE Z ZAKRESU MONITOROWANIA I ROZWOJU WCZESNEJ REHABILITACJI
SKRAJNYCH WCZEŚNIAKÓW DO 3. ROKU ŻYCIA

**Szkolenie przeznaczone dla koordynatorów procesu leczenia, lekarzy neonatologów,
lekarzy pediatrów (3 godziny)**

1. Informacje dotyczące rozwoju psychoruchowego, które powinni otrzymać opiekunowie prawni przed wypisaniem dziecka z oddziału neonatologicznego – 1 godzina.
2. Objawy alarmowe (czerwone flagi) rozwoju psychoruchowego dzieci do 3. roku życia. Wskazania i przeciwwskazania do rehabilitacji – 2 godziny.

**Szkolenie przeznaczone dla osób prowadzących rehabilitację w ośrodkach lub w oddziałach
dziennych rehabilitacji wieku rozwojowego (4 godziny)**

1. Omówienie organizacji rehabilitacji wcześniaków (dzieci urodzonych przed ukończeniem 32 tygodnia ciąży) w oddziale dziennym osób – 1 godzina.
2. Monitorowanie i objawy alarmowe (czerwone flagi) rozwoju psychoruchowego dzieci do 3. roku życia – 1 godzina.
3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do rehabilitacji (fizjoterapia, terapia zajęciowa, terapia psychologiczna i terapia logopedyczna), wskazania i przeciwwskazania. Zasady współpracy z opiekunami prawnymi – 2 godziny.

PLAN SZKOLENIA I MONITOROWANIA OŚRODKÓW KOORDYNUJĄCYCH KORD**SZKOLENIE ON-LINE PRZEZNACZONE DLA KOORDYNATORÓW
PROCESU LECZENIA – LEKARZY NEONATOLOGÓW ORAZ ASYSTENTÓW OPIEKI
(4 godziny)**

1. Informacje ogólne dotyczące programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (1 godzina).
2. Informacje ogólne na temat procesu indywidualnej opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie do 3. roku życia – na podstawie danych i harmonogramu porad zawartych w Karcie Dziecka Urodzonego Przedwcześnie (1 godzina).
3. Informacje ogólne na temat obowiązujących dokumentów w programie pilotażowym w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (1 godzina).
4. Wybór kluczowych narzędzi badawczych do monitorowania rozwoju dzieci urodzonych przedwcześnie do 3. roku życia – w programie pilotażowym w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (badania neurologiczne i badania obserwacyjne) (1 godzina).

**SZKOLENIE STACJONARNE LUB ON-LINE
W OŚRODKU KOORDYNUJĄCYM KORD
PRZEZNACZONE DLA KOORDYNATORÓW PROCESÓW LECZENIA,
LEKARZY NEONATOLOGÓW ORAZ LEKARZY PEDIATRÓW (5 godzin)**

1. Omówienie szczegółowej organizacji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD – w warunkach ośrodka koordynującego KORD (1 godzina).
2. Szczegółowe omówienie procesu indywidualnej opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie do 3. roku życia, odbywającego się w warunkach ośrodka koordynującego KORD – na podstawie danych i harmonogramu porad zawartych w Karcie Dziecka Urodzonego Przedwcześnie (2 godziny).
3. Szczegółowe omówienie dokumentów obowiązujących w programie pilotażowym w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (1 godzina).
4. Rozwiązywanie problemów lokalnych, występujących w ośrodkach koordynujących KORD, związanych z realizacją programu pilotażowego (1 godzina).

SPOTKANIE ON-LINE**MONITORUJĄCE I EWALUACYJNE****(PO PÓŁ ROKU TRWANIA PROGRAMU PILOTAŻOWEGO
W ZAKRESIE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI ROZWOJOWEJ
NAD DZIEĆMI URODZONYMI PRZEDWCZEŚNIE KORD)****DLA WSZYSTKICH OŚRODKÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROGRAMIE (5 godzin)**

1. Omówienie bazy wcześniaka (1,5 godziny).
2. Ocena i weryfikacja prowadzenia procesu indywidualnej opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie do 3. roku życia – na podstawie danych i harmonogramu porad zawartych w Karcie Dziecka Urodzonego Przedwcześnie (1,5 godziny).
3. Ocena poprawności wdrożenia i funkcjonowania „Standardów opieki ambulatoryjnej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie” Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w programie pilotażowym w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (1 godzina).
4. Omówienie i weryfikacja wskaźników jakościowych w programie pilotażowym w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (1 godzina).

WZÓR

**Karta rozwoju psychoruchowego – karta monitorowania rozwoju
dzieci z grupy ryzyka do 36. miesiąca życia****Karta badania noworodka – pierwszy miesiąc (0–4 tydzień)
(wiek skorygowany)**

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty/korygowany

Ruchy globalne (RG) według diagnostyki Prechtla:prawidłowe – RG wijące (*writing movements*)

nieprawidłowe – RG ubogorepertuarowe / kurczowo-synchroniczne (CS) / chaotyczne (Ch)

Wzorzec postawy i ruchu:

prawidłowy – zgięciowy

nieprawidłowy – wyprostny

Pozycja na plecach (PS):

symetria głowy – tak / nie (częstsze ustawienie głowy w prawo/lewo)

symetria tułowia – tak / nie („C”, odwrócone „C”)

Pozycja na brzuchu (PP):

prawidłowa – zgięciowa

nieprawidłowa – wyprostna (wysokie unoszenie głowy ponad podłoże)

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman*

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
duża motoryka	Dodatni odruch Moro	
	Odruch podparcia	
	Zgięciowa pozycja ciała	
mała motoryka	Odruch chwytny	
mowa – język	Odruch szukania i ssania	
	Zwraca się w stronę dźwięku (od 0 do 3 miesiąca życia)	
	Uśmiecha się w odpowiedzi na głos	
	Różne okrzyki (od 0 do 3 miesiąca życia)	
funkcje poznawcze	Ogniskuje wzrok w odległości ok. 25 cm	
	Odwraca się w kierunku bodźców wzrokowych	
	Preferuje twarz ludzką (oczy), obiekty kontrastowe, kolorowe, wysoki głos	
funkcje społeczne	Płacze, kiedy płaczą inne niemowlęta (empatia)	

**Karta badania 2-miesięcznego dziecka (9–12 tydzień)
(w przypadku wcześniaka wiek skorygowany)**

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty/korygowany

Ruchy globalne (RG) według diagnostyki Prechtla:

prawidłowe – RG wijące (*writing movements*) lub RG drobnookrężne (FM)

nieprawidłowe – RG ubogorepertuarowe / brak RG drobnookrężnych (FM) /
nieprawidłowe RG drobnookrężne (nFM) / kurczowo-synchroniczne (CS) / chaotyczne (Ch)

Wzorzec postawy i ruchu:

prawidłowy – zgięciowy

nieprawidłowy – wyprostny

Pozycja na plecach (PS):

symetria głowy – tak / nie (częstsze ustawienie głowy w prawo/lewo)

symetria tułowia – tak / nie („C”, odwrócone „C”)

Pozycja na brzuchu (PP):

prawidłowa – zgięciowa

nieprawidłowa – wyprostna (wysokie unoszenie głowy ponad podłoże, brak podporu na przedramionach)

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman*

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
duża motoryka	Unosi głowę do 45 stopni w leżeniu na brzuchu (od 0,5 do 2 miesiąca życia)	
mała motoryka	Trzyma włożoną do ręki grzechotkę	
mowa – język	Nieartykułowane, gardłowe dźwięki	
funkcje poznawcze	Wodzi wzrokiem w poziomie	
funkcje społeczne	Dłuższe okresy czuwania w ciągu dnia	

Karta badania 4-miesięcznego dziecka (17–20 tydzień)
(w przypadku wcześniaka wiek skorygowany)

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty/korygowany

Ruchy globalne (RG) według diagnostyki Prechtl:

prawidłowe – RG drobnookrężne (FM)

nieprawidłowe – brak RG drobnookrężnych (FM) / nieprawidłowe RG drobnookrężne (nFM) /

kurczowo-synchroniczne (CS) / chaotyczne (Ch)

Wzorzec postawy i ruchu:

prawidłowy – zgięciowy

nieprawidłowy – wyprostny

Pozycja na plecach (PS):

symetria głowy – tak / nie (częstsze ustawienie głowy w prawo/lewo)

symetria tułowia – tak / nie („C”, odwrócone „C”)

Pozycja na brzuchu (PP):

prawidłowa – zgięciowa

nieprawidłowa – wyprostna (wysokie unoszenie głowy ponad podłoże, brak podporu na przedramionach)

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman*

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
duża motoryka	Odruch toniczny szyjny asymetryczny	
	Unosi klatkę piersiową w leżeniu na brzuchu (od 2,5 do 4 miesiąca życia)	
mała motoryka	Składa dłonie w linii pośrodkowej ciała (od 2,5 do 4 miesiąca życia)	
	Leżąc na plecach, wyciąga proste ramiona w kierunku grzechotki	
	Sięga po grzechotkę, chwytą i trzyma ją	
mowa – język	Grucha	
funkcje poznawcze	Ogląda dłonie	
	Bada otoczenie, rozglądając się wokoło	
	Przewiduje czynności wykonywane o stałej porze	
	Rozgląda się w poszukiwaniu opiekuna	
funkcje społeczne	Uspokaja się, gdy się do niego mówi lub bierze na ręce, gdy ssie lub patrzy	
	Cieszy się z kontaktu wzrokowego	
	Na twarzy wyraża radość, złość, smutek, niepokój, zaskoczenie	
	Samo uspokaja się przed snem	

**Karta badania 6-miesięcznego dziecka
(w przypadku wcześniaka wiek skorygowany)**

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty/korygowany

Symetria/asymetria tułowia w pozycji na plecach:

symetria

asymetria w pozycji na plecach (skrócenie prawej/lewej strony)

Symetria/asymetria tułowia w pozycji na brzuchu

symetria

asymetria w pozycji na brzuchu (skrócenie prawej/lewej strony)

Symetria/asymetria tułowia w siadzie podtrzymywanym

symetria

asymetria w siadzie podtrzymywanym (skrócenie prawej/lewej strony)

Pozycja na brzuchu:

spontaniczna akceptacja

brak akceptacji

Ruchy selektywne:

w obrębie dłoni – tak/nie

w obrębie stóp – tak/nie

Spastyczność (skala Tardieu):

przywodzicieli bioder – tak/nie

kolan – tak/nie

stóp – tak/nie

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman*

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
duża motoryka	Zanik prymitywnych odruchów	
	Podciąga się do siadu (od 3,5 do 5 miesiąca życia)	
	Siedzi z podparciem z pomocą (od 4,5 do 6 miesiąca życia)	
mała motoryka	Potrząsa grzechotką	
	Trzyma klocek pomiędzy dłońmi	
	Trzyma jeden klocek w każdej ręce	
	Chwył łokciowo-dłoniowy (nakładkowy 4 i 5 palec)	
	Chwył promieniowo-dłoniowy (2 i 3 palec)	
mowa – język	Patrzy w kierunku osoby, która mówi do dziecka	
	Wydaje dźwięki w odpowiedzi	
	Śmieje się	
funkcje poznawcze	Uderza przedmiotami o siebie	
	Rozwiązuje problemy metodą prób i błędów	
	Szuka upuszczonego przedmiotu	
funkcje społeczne	Przewidywalny schemat działania	
	Uśmiecha się w celu zainicjowania kontaktu i odpowiedzi	
	Interakcja z drugą osobą przez wyraz twarzy i kontakt wzrokowy, podziela radość (radosny wygląd)	
	Preferuje znajome osoby	
	Wykazuje zainteresowanie innymi niemowlętami (empatia)	

**Karta badania 9-miesięcznego dziecka
(w przypadku wcześniaka wiek skorygowany)**

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty/korygowany

Symetria/asymetria:

symetria

asymetria w pozycji siedzącej (skrócenie prawej/lewej strony)

Ruchy selektywne:

w obrębie dłoni – tak/nie

w obrębie stóp – tak/nie

przyjmuje pozycję czworaczą – tak/nie

Spastyczność (skala Tardieu):

przywodzicieli bioder – tak/nie

kolan – tak/nie

stóp – tak/ nie

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman*

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
duża motoryka	Obecne odruchy posturalne	
	Przekręca się w obie strony (od 6 do 8,5 miesiąca życia)	
	Siedzi stabilnie (od 6,5 do 8 miesiąca życia)	
mała motoryka	Przenosi obiekty	
	Chwył promieniowo-palcowy (kciuk z 2 i 3 palcem, bez udziału dłoni)	
	Dotyka płątka śniadaniowego typu Cheerios	
	Chwył zagarniający (2 i 3 palec zaginają się i zagarniają przedmiot do dłoni)	
mowa – język	Patrzy na znane przedmioty, po ich nazwaniu zatrzymuje działanie, gdy słyszy „nie”	
	Wydaje dźwięki w celu zwrócenia na siebie uwagi	
funkcje poznawcze	Trwałość przedmiotu	

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
	Bada twarz opiekuna	
	Szuka ukrytej zabawki	
funkcje społeczne	Dobrze rozwinięte przywiązanie do opiekuna	

Karta badania 12-miesięcznego dziecka
(w przypadku wcześniaka wiek skorygowany)

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty/korygowany

Symetria/asymetria w pozycji siedzącej:

symetria

asymetria (skrócenie prawej/lewej strony)

Symetria/asymetria w pozycji stojącej:

symetria

asymetria (skrócenie prawej/lewej strony) – opisać:

Ruchy selektywne:

w obrębie dłoni – tak/nie

w obrębie stóp – tak/nie

Biodra:

prawidłowe

nieprawidłowe – na podstawie konsultacji ortopedycznej

Spastyczność (skala Tardieu):

przywodzicieli bioder – tak/nie

kolan – tak/nie

stóp – tak/nie

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman*

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T/ Nie – N
duża motoryka	Siada (od 9 do 11 miesiąca życia)	
	Raczkuje (od 9 do 11 miesiąca życia)	
	Podciąga się do pozycji stojącej (od 8 do 10 miesiąca życia)	
	Chodzi trzymane za jedną rękę	
	Łapie toczącą się piłkę	
mała motoryka	Chwył pęsetowy	
	Spontanicznie puszcza klocek do kubka	
	Trzyma butelkę	
mowa – język	Odwraca się wołane po imieniu, rozumie rutynowe polecenia	
	Celowo wokalizuje lub gestykuje w celu kontroli zachowania (prośba: sięga, wskazuje, pokazuje do góry; odmowa: odpycha, odgina się) i relacji społecznych (przyciąganie uwagi: ruchy ramion i nóg, zabawa społeczną, naśladowanie, klaskanie, gest ilustrujący „pa, pa”)	
funkcje poznawcze	Szuka ukrytych przedmiotów, gdy dziecko na nie nie patrzyło	
	Badanie metodą prób i błędów	
	Zabawki uczące „przyczyny i skutku” (naciska przycisk, aby zobaczyć coś pojawiającego się; pociąga za sznurek, aby usłyszeć dźwięk)	
funkcje społeczne	Naśladuje gesty typu „kosi, kosi”, bawi się w „a kuku!” (rozpoczyna przez nakrywanie głowy)	
	Daje przedmioty innym dzieciom (empatia)	
	Wspólne pole uwagi: daje lub pokazuje przedmiot, wyciągając rękę w celu uzyskania komentarza na jego temat	

**Karta badania 18-miesięcznego dziecka
(w przypadku wcześniaka wiek skorygowany)**

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty/korygowany

Symetria/asymetria tułowia:

symetria

asymetria w pozycji stojącej (skrócenie prawej/lewej strony) – opisać:

.....

Symetria/asymetria chodu

symetria

asymetria (opisać):

biodra – prawidłowe/nieprawidłowe (na podstawie konsultacji ortopedycznej; rozważyć RTG)

ruchy selektywne w obrębie dłoni – tak/nie

ruchy selektywne w obrębie stóp – tak/nie

Spastyczność (skala Tardieu):

przywodzicieli bioder – tak/nie

kolan – tak/nie

stóp – tak/nie

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman*

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
duża motoryka	Wstaje, samodzielnie chodzi (wąska podstawa chodu, chodzi stopa za stopą, [pieta do palców])	
	Wchodzi po schodach i schodzi z nich, trzymając się poręczy	
mała motoryka	Wkłada klocki odpowiednich kształtów, ustawia dwa lub trzy klocki jeden na drugim	
	Bazgrze, ołówek w zaciśniętej pięści	
	Samo je (palcami)	
mowa – język	Wykonuje 1-stopniowe polecenie, wskazuje 6 części ciała	
	15 słów – nazwy, prośby połączone z gestami (podaje przedmiot, bierze rękę opiekuna, aby wysunąć w kierunku przedmiotu)	
	Klaszcze z podekscytowania, ścisną pluszowe zabawki (symbolicznie), potrząsa głową na znak odmowy („nie”)	
funkcje poznawcze	W odpowiednim miejscu szuka przedmiotów ukrytych w momencie, gdy na nie patrzyło	
	Naśladuje stosowanie rzeczywistych rekwizytów (zamiata szczotką, uderza młotkiem)	
	Używa przedmiotów zgodnie z ich funkcją (szczotkuje włosy szczotką, pcha samochód zabawkę)	
funkcje społeczne	Naśladuje rówieśników	
	Wspólne pole uwagi: pokazuje na przedmioty, domagając się komentarza, szuka informacji	
	Używa tzw. obiektów przejściowych (przedmiotów, które mają dla dziecka szczególne znaczenie), aby się uspokoić	
	Napady złości	

**Karta badania 24-miesięcznego dziecka
(w przypadku wcześniaka wiek skorygowany)**

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty/korygowany

Symetria/asymetria tułowia w pozycji stojącej:

symetria

asymetria (skrótowanie prawej/lewej strony) – opisać:

Symetria/asymetria chodu:

symetria

asymetria (opisać):

biodra – prawidłowe/nieprawidłowe (na podstawie konsultacji ortopedycznej; rozważyć RTG)

oś kolan – prawidłowa/koślawość/szpotawość

oś stóp – prawidłowa/koślawość/szpotawość

ruchy selektywne w obrębie dłoni – tak/nie

ruchy selektywne w obrębie stóp – tak/nie

Spastyczność (skala Tardieu):

przywodzicieli bioder – tak/nie

kolan – tak/nie

stóp – tak/nie

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman*

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
duża motoryka	Biega, skacze, kopie	
	Rzuca piłkę znad głowy na odległość około metra	
	Wchodzi po schodach krokiem dostawnym – bez trzymania poręczy	
mała motoryka	Kopiuje linie pionowe	
	Ustawia sześć klocków jeden na drugim	
	Używa łyżki, pomaga się ubierać	
mowa – język	50 słów, zwroty składające się z dwóch słów	
	Mówi zamiast gestykulować	
	Kiwa „tak”, przesyła całusy, „ciii”, przybija piątkę	
	Mowa w 50% zrozumiała przez obce osoby	
funkcje poznawcze	Symboliczne przedstawienie, proste udawane zabawy (zabawkowa miotła, zabawkowy kubek, kubek dla siebie/lalki, pcha samochód, aby go uruchomić)	
	Planuje działanie bez wcześniejszych prób	
	Próbuje sprawić, aby zabawki działały	
funkcje społeczne	Odniesienie społeczne (uzależnia zachowania od wyrazu twarzy innych ludzi)	
	Pociesza innych	
	Wspólne pole uwagi: wskazuje na przedmioty, chcąc wyjaśnić własne określenia (upodobnienia)	
	Zabawa równoległa (dzieci bawią się obok siebie)	
	„nie”, „moje”	

Karta badania 36-miesięcznego dziecka

Imię i nazwisko Wiek rzeczywisty

Symetria/asymetria tułowia w pozycji stojącej:

symetria

asymetria (skrócenie prawej/lewej strony) – opisać:

Symetria/asymetria chodu:

symetria

asymetria (opisać):

oś kolan – prawidłowa/koślawość/szpotawość

oś stóp – prawidłowa/koślawość/szpotawość

ruchy selektywne w obrębie dłoni – tak/nie

ruchy selektywne w obrębie stóp – tak/nie

Spastyczność (skala Tardieu):

przywodzicieli bioder – tak/nie

kolan – tak/nie

stóp – tak/nie

Notatki:

Kamienie milowe rozwoju według C.F. Dosman *

Obszary rozwoju	„Objawy alarmowe” (umiejętności, które powinno dziecko osiągnąć)	Tak – T / Nie – N
duża motoryka	Pedałuje na rowerku trójkołowym	
	Schodzi po schodach krokiem dostawnym – bez trzymania poręczy	
	Wchodzi po schodach krokiem naprzemiennym – bez trzymania poręczy	
mała motoryka	Kopiuje linie poziome, kółka	
	Stawia 10 klocków jeden na drugim	
	Używa w prawidłowy sposób łyżki i widelca, pije z otwartego kubka, zdejmuje skarpetki i buty, rozbiera się, sygnalizuje potrzeby fizjologiczne	
mowa – język	Wykonuje 2-stopniowe polecenia	
	Zdania zbudowane z 3–4 wyrazów, narracja sekwencyjna	
	Co, gdzie, kiedy, dlaczego?	
	Mowa zrozumiała w 75%	
funkcje poznawcze	Stąłość przedmiotu, zabawy z udawaniem symbolicznym (lalka je klocki, tankowanie samochodu)	
	Nazywa jeden kolor, liczy dwa przedmioty, oddziela kształty, składa układanki z 3–4 elementów	
	Porównuje dwa przedmioty (większy – mniejszy)	
funkcje społeczne	Łatwo rozstaje się z opiekunami	
	Inicjuje kontakty z rówieśnikami, dzieli się z innymi	
	Zabawa z odgrywaniem ról (w domu, w lekarza)	
	Rozumie zasady społeczne	

* C.F. Dosman, D. Andrews, K.J. Goulden, *Evidence-based milestone ages as a framework for developmental surveillance*, „Paediatrics & Child Health” 2012, v. 17 (10), s. 561–568.