ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфері управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ | | | | | | | | |		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 032/о** ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України | | | | | | | | | № | | | |

ЖУРНАЛ
запису пологової допомоги вдома

Почато «_____»_____20_____ року

Закінчено «_____»_____20_____ року

Номер з/п	Прізвище, ім’я, по батькові (роділлі, породіллі)	Місце проживання	Дата пологів (число, місяць, рік, години, хвилини)	Ким була надана допомога в пологах: лікарем, акушер-кою (із вказівкою прізвища)	Особливості перебігу пологів, надання допомоги	Пологи залежн о від строку вагіт-ності	Відомості про новонародженого			Профіл ак-тика гонобле -нореї проведе на (так, ні, чим)	Вакцинація проти туберкульозу (дата, доза, серія препарату)	Відмітка про госпіталіза-цію в лікарню, пологовий будинок (вказати куди, дату, годину)	Відмітка про відвідування в післяпологовому періоді, стан породіллі	Додаткові дані. Примітка
							живий/мертво-народжений, доношений/ недоношений	стать	зріст, вага					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15