

**KARTA OCENY NOWORODKA**  
(Do ok.3 tygodnia po powrocie ze szpitala)

Imię i nazwisko .....

Data /doba po porodzie /.....np.19.03/6 doba.....

godzina	Karmienie piersią/karmienie sztuczne/nazwa mleka	Czas trwania karmienia Uwagi	Lewa Pierś	Prawa Pierś	Mocz/stole Ilość zmienionych pieluch	pomiar tem. godz. 7 i 19.	Leki/ witaminy
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							

Pytanie do położnej/problemy:

Kąpiel (tak/nie): .....

1. ....

Pępek (zachowany/odpadł): .....

2.....

Teleporada (/tak/nie):.....

3.....