



Kartelë pacienti: Pediatri

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika

Mjeku

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Të dhënat bazë

Emri

Mbiemri

Data e lindjes

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Vendlindja

Kombësia

Profesioni

Numri i telefonit

Email

Adresa

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Kujdestari

Emri i kujdestarit

Lidhja me fëmijën

☐ Nënë ☐ Baba ☐ Kujdestar ligjor ☐ Tjetër

Telefoni i kujdestarit

2. Historiku i Lindjes

Java e gestacionit

Pesha në lindje (g)

Mënyra e lindjes

☐ Natyrale ☐ Cezariane

Komplikacione perinatale?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Qëndrim në terapi intensive neonatale?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

3. Rritja dhe Zhvillimi

Matjet e rritjes

Data	Pesha (kg)	Gjatësia (cm)	Perimetri kokës (cm)	Percentili

Etapat e zhvillimit

4. Vaksinimi

Kalendari i vaksinave

Vaksina	Doza	Data	Nr. serie (LOT)

Reagime pas vaksinimit?

☐ Po☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

5. Anamneza

Alergji (ushqim, medikamente)?

☐ Po☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Astma apo probleme respiratore?

☐ Po☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Shtrime në spital?

☐ Po☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Sëmundje kronike dhe medikamente

6. Ekzaminimi dhe Plani

Ekzaminimi objektiv

Diagnoza dhe plani

7. Pëlqimi i Kujdestarit

Pëlqimi i kujdestarit

1. Jam informuar në mënyrë të kuptueshme për diagnozën e fëmijës, qëllimin e trajtimit të propozuar, procedurat që mund të kryhen, alternativat e arsyeshme, përfitimet e pritshme, kufizimet dhe rreziqet e mundshme.
2. Jam informuar se rezultati i trajtimit nuk mund të garantohet në mënyrë absolute dhe se mund të nevojiten procedura, kontrole ose trajtime shtesë në varësi të situatës klinike.
3. Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe deklaroj se përgjigjet e marra kanë qenë të mjaftueshme për vendimmarrjen time.
4. Autorizoj pediatri dhe stafin klinik të kryejnë trajtimin e rënë dakord dhe procedurat ndihmëse që janë klinike të nevojshme, brenda kufijve të planit të diskutuar me mua si prind ose kujdestar ligjor.
5. Jam informuar se kam të drejtë ta refuzoj trajtimin e fëmijës ose ta tërheq këtë pëlqim në çdo kohë. Tërheqja nuk prek procedurat e kryera përpara saj.
6. Nënshkruaj si prind ose kujdestar ligjor i pacientit të mitur dhe konfirmoj se kam autoritetin ta bëj këtë.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor

Nënshkrimi i Mjekut

Data e Nënshkrimit:

Data e Nënshkrimit:

Nënshkrimi

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/yyyy