

ENNEAEGSE LAPSE KAART

Raseduse infosüsteem. Tervise Arengu Instituut, Hiiu 42, 11619 Tallinn
Kaart täidetakse iga raseduskestusega kuni 33⁺⁶ nädalat elusalt sündinud enneaegse lapse kohta

EMA JA LAPSE ISIKUANDMED 1. **Emal isikukood** _____ 2. **Lapse isikukood** _____

Gestatsioonivanus _____ nädalat _____ päeva Sünnikaal (grammides) _____

EMA SÜNNIEELNE/ - AEGNE RAVI JA TOIMINGUD

<p>3. Loote kopsude ettevalmistus glükokortikosteroididega (GKS)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei GKS annustamine: <input type="checkbox"/> 1 Täielik <input type="checkbox"/> 2 Mittetäielik</p> <p>GKS toimeaine: <input type="checkbox"/> 1 Beetametasoon <input type="checkbox"/> 2 Deksametasoon</p> <p>GKS lisaannus: <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>GKS lisakuur: <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p>	<p>4. Neuroproteksioon MgSO₄</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei MgSO₄ <input type="checkbox"/> 1 Täielik <input type="checkbox"/> 2 Mittetäielik</p> <p>MgSO₄ korduv manustamine <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p>	<p>6. B-grupi streptokoki (GBS) analüüs tupe alumisest kolmandikust</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Positiivne <input type="checkbox"/> 2 Negatiivne <input type="checkbox"/> 3 Võtmata</p>
<p>5. Nabaväädi arteri diastoolne vool</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ei uuritud <input type="checkbox"/> 2 Normaalne <input type="checkbox"/> 3 Diastoolne vool puudub <input type="checkbox"/> 4 Negatiivne diastoolne vool</p>		<p>7. In utero transport kõrgemas etapi</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p>

LAPSE SÜNNIJÄRGSED SEISUNDID, TOIMINGUD JA UURINGUD POSTMENSTRUUAALVANUSENI (PMV) 44⁺⁰ NÄDALAT

8. Vastsündinu esimene haiglatevaheline transport 1 Jah _____ päev kuu aasta tund minut 2 Ei

Vastsündinu kehat^o enne transporti _____, _____ Vastsündinu kehat^o transpordi järgselt _____, _____

<p>9. Madalaim BE _____, _____ (12 elutunni)</p> <p>10. Madalaim kehat^o _____, _____ (2 elutunni) <input type="checkbox"/> Mõõtmata/teadmata</p> <p>11. Esimese nahk-naha kontakti algusaeg päev kuu aasta tund minut _____</p> <p>12. Hingamishäired <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei (va BPD) RHK kood _____</p>	<p>13. Hingamistoetus cPAP enne 1.intubatsiooni <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei <input type="checkbox"/> 1 ei vajanud Mitteinvasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Invasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Kestus (kokku) tund Ravipäev kui <1 ööp. Ravipäev kui <1 ööp.</p> <p>Mitteinvasiivne _____ Invasiivne _____</p> <p>14. Surfaktantravi <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Annused arv kogudoos mg _____</p> <p>Esimese manustamise aeg päev kuu aasta tund minut _____</p> <p>ja meetod <input type="checkbox"/> 1 Mittekonventsionaalne <input type="checkbox"/> 2 Konventsionaalne</p>
--	--

<p>15. Bronhopulmonaalne düsplaasia (BPD) <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Lisahapnik (%) _____</p> <p>28. elupäeval Invasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Mitteinvasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei _____</p> <p>36⁺⁰ nädalal PMV järgi Invasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Mitteinvasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei _____</p>	<p>16. Sepsis</p> <p>Varane (≤ 72 elutundi) <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Negatiivne verekülv <input type="checkbox"/> 1 Jah</p> <p>Positiivne verekülv <input type="checkbox"/> 1 Jah</p> <p>Sepsise tekitajad 1 2 3</p> <p>Hiline (> 72 elutundi) <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Negatiivne verekülv <input type="checkbox"/> 1 Jah</p> <p>Positiivne verekülv <input type="checkbox"/> 1 Jah</p> <p>Sepsise tekitajad 1 2 3</p> <p>Verekülv positiivsete episoodide arv _____ Verekülv negatiivsete episoodide arv _____ Süsteemne seen- või viirusinfektsioon <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Tekitaja</p>
--	---

<p>17. Ravimid</p> <p>Vasoaktiivne ravi <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Ravi algus päev kuu aasta tund minut (0–72 elutundi) _____ Ravi lõpp _____</p> <p>Postnataalse GKS ravi algus päev kuu aasta Ravipäevi arv _____</p> <p>Antibiootikumid <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Ravipäevi _____ Insuliin <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Ravipäevi _____</p> <p>ERS (erütrotsüütide suspensioon) ülekande <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Kordade arv _____</p>	<p>18. Infusiooniteed (va. perifeerne veen) Jah Ei Ravipäevade arv</p> <p>Nabaveen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____ Nabaarter <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____ Perifeerne arter <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____ Perifeerselt sisestatud keskne kateeter (PICC) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____ Muu tsentraalveeni kateeter (TVK) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____</p>
---	---

<p>19. Avatud arterioosjuha (DAP)</p> <p>DAP, suletud medikamentooselt <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>DAP, suletud kirurgiliselt <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p>	<p>päev kuu aasta tund minut</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Indometatsiin _____ <input type="checkbox"/> 2 Ibuprofeen _____ <input type="checkbox"/> 3 Paratsetamool _____ <input type="checkbox"/> 4 Esmaselt _____ <input type="checkbox"/> 5 Teiseselt _____</p>
---	--

20. Peri/intraventriculaarne hemorraagia (PIVH) ja tsüstiline periventriculaarne leukomalaatsia (PVL)PIVH 1 Jah 2 Ei

Maksimaalne PIVH raskusaste

 1 I 2 II 3 III 4 IVTsüstiline PVL 1 Jah 2 Ei**Aju UHD uuringud**0–7 elupäev 1 Jah 2 Ei8–30 elupäev 1 Jah 2 Ei> 30 elupäeva 1 Jah 2 Ei**MRT** 1 Jah 2 Ei

päev kuu aasta

Normaalne 1 JahEbaselge 1 JahPatoloogiline 1 Jah**Muu aju leid (RHK kood)**

Intrakraniaalne verevalum (va. PIVH)

 1 Jah 2 Ei

Ajuinfarkt

 1 Jah 2 Ei**21. Nekrotiseeriv enterokoliit (NEK)**Spontaanne soole perforatsioon 1 Jah 2 EiDiagnoositud NEK 1 Jah 2 EiNEK staadium 1 II 2 IIIa 3 IIIb**22. Silmapõhjauuring** 1 Jah 2 Ei

Esmane skriining

päev kuu aasta tund minut

Kõrgeim enneaegsuse retinopaatia (ROP) staadium

 1 I 2 II 3 III 4 IV 5 VNn *Plus haigus* 1 Jah 2 EiROP ravi 1 Jah 2 EiLaserravi 1 JahAnti-VEGF silmasisene süst 1 Jah**23. Kuulmisuuring** 1 Jah 2 EiLäbis Ei läbinud Parem 1 Jah 2 EiVasak 1 Jah 2 Ei**25. Toitmine**

Esimese enteraalse toitmise algus

päev kuu aasta

tund minut

Esimene enteraalne toitmine kogusega 10 ml/kg/24

päev kuu aasta

tund minut

Piima tüüp esimesel toitmisel

 1 Rinnapiim 2 Doonorrinnapiim 3 Piimasegu

Täisenteraalse toitmise saavutamise 1. päev

päev kuu aasta

24. Kirurgiline ravi 1 Jah 2 Ei

Operatsioon

1.

2.

3.

4.

5.

NOMESCO kood	Toimumise kuupäev			tund	minut
	päev	kuu	aasta		
.....
.....
.....
.....

LAPSE SEISUND HAIGLAST LAHKUDES VÕI PMV 44⁺⁰ NÄDALAT**26. Diagnoosid**

RHK kood Diagnoos sõnaliselt

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

27. Väärarend 1 Jah 2 Ei

RHK kood RHK kood

.....

Isoleeritud

 1 Jah 2 Ei

Kombineeritud

 1 Jah 2 Ei

Diagnoositud antenataalselt

 1 Jah 2 Ei**28. Surmapõhjus (RHK kood)**

Peamine haigus või seisund

Teised haigused või seisundid

.....

Peamine emapoolne haigus või seisund, mis põhjustas surma

.....

Muud lapse kaasnevad haigused või seisundid

.....

29. Lapse seisund 1 Koju kirjutatudHapnikravi 1 Jah 2 EiNasogastraalsond 1 Jah 2 EiStoom 1 Jah 2 EiKodune monitooring 1 Jah 2 EiEndiselt rivasutus 1 Jah 2 Ei

Laps suri

 1 Sünnitustoa 2 Osakonnas 3 Mujal

Lahang:

 1 Jah 2 Ei 3 Andmed puuduvad

Surma kuupäev ja kellaeg

päev kuu aasta tund minut

Aktiivse ravi lõpetamine *prognosis pessima* tõttu 1 Jah 2 Ei RHK kood**30. Toitmine (võib valida mitu valikut)**Rinnapiim 1 JahRinnapiimarikestaja 1 JahEnneaegse lapse piimasegu 1 JahAjalise lapse piimasegu 1 JahToitmine ainult rinnast 1 Jah 2 Ei**31. Lapse mõõdud**Pikkus cm, gr Kaal gr Pea ümbermõõt cm,

Mõõtmise kuupäev

päev kuu aasta

32. Last ravinud haiglad ja osakonnad

Asutuse litsentsi nr haigla ja osakonna nimi

1.

2.

3.

4.

33. Tervishoiutöötaja

Nimi

Kood

Allkiri