



PŘEVZETÍ NOVOROZENCE DO PÉČE PEDIATRA PO AMBULANTNÍM PORODU

Jméno a příjmení matky:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Já níže podepsaná/y MUDr., tímto potvrzuji, že souhlasím s převzetím do péče dítěte po ambulantním porodu i během víkendu/nebo svátku/ a v rámci této péče mu zajistím veškerá potřebná screeningová vyšetření.

1. **Klinické vyšetření pediatrem** do 24 hodin po narození.
2. **Celoplošný novorozenecký laboratorní screening** (odběr kapky krve z patičky k vyšetření dědičných metabolických poruch a v rozmezí 48 - 72 hodin po narození.
3. **Ultrazvuk ledvin**
4. **Ortopedické vyšetření kyčelních kloubů** do 7 dnů po narození
5. **Oční vyšetření** do 4 týdnů (provádí oční specialista)
6. **Vyšetření sluchu** do 4 týdnů po narození (provádí ORL lékař nebo foniatr)

Jméno + příjmení lékaře:

Adresa:

Telefonní kontakt:

V

Dne

.....
jméno, příjmení lékaře, podpis + razítko