

# ENNEAEGSE LAPSE KAART

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

EMA JA LAPSE ISIKUANDMED 1. **EMA isikukood** \_\_\_\_\_ 2. **Lapse isikukood** \_\_\_\_\_

Gestatsioonivanus \_\_\_\_\_ nädalat \_\_\_\_\_ päeva Sünnikaal (grammides) \_\_\_\_\_

## EMA SÜNNIEELNE/ - AEGNE RAVI JA TOIMINGUD

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

## LAPSE SÜNNIJÄRGSED SEISUNDID, TOIMINGUD JA UURINGUD POSTMENSTRUUAALVANUSENI (PMV) 44<sup>+0</sup> NÄDALAT

**8. Vastsündinu esimene haiglatevaheline transport**  1 Jah \_\_\_\_\_ päev kuu \_\_\_\_\_ aasta \_\_\_\_\_ tund minut  2 Ei

Vastsündinu kehat<sup>o</sup> enne transporti \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Vastsündinu kehat<sup>o</sup> transpordi järgselt \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

<p><b>9. Madalaim BE</b> _____, _____ (12 elutunni)</p>	<p><b>13. Hingamistoetus</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 ei vajanud</p> <p>cPAP enne 1.intubatsiooni <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Mitteinvasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Invasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p>																
<p><b>10. Madalaim kehat<sup>o</sup></b> _____, _____ (2 elutunni)</p> <p><input type="checkbox"/> Mõõtmata/teadmata</p>	<p><b>Kestus (kokku)</b></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ravipäev</td> <td>tund</td> <td>kui &lt;1 ööp.</td> <td></td> <td>Ravipäev</td> <td>tund</td> <td>kui &lt;1 ööp.</td> </tr> <tr> <td>Mitteinvasiivne</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>Invasiivne</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Ravipäev	tund	kui <1 ööp.		Ravipäev	tund	kui <1 ööp.	Mitteinvasiivne	_____	_____	_____	Invasiivne	_____	_____	_____
	Ravipäev	tund	kui <1 ööp.		Ravipäev	tund	kui <1 ööp.										
Mitteinvasiivne	_____	_____	_____	Invasiivne	_____	_____	_____										
<p><b>11. Esimese nahk-naha kontakti algusaeg</b></p> <p>päev kuu aasta tund minut</p> <p>_____</p>	<p><b>14. Surfaktanravi</b> <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Annused arv _____ kogudoos mg _____</p> <p>päev kuu aasta tund minut</p> <p>Esimese manustamise aeg _____</p> <p>ja meetod <input type="checkbox"/> 1 Mittekonventsionaalne <input type="checkbox"/> 2 Konventsionaalne</p>																
<p><b>12. Hingamishäired</b> <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>(va BPD) RHK kood</p> <p>_____</p>																	

<p><b>15. Bronhopulmonaalne düsplaasia (BPD)</b> <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Lisahapnik (%) _____</p>	<p><b>16. Sepsis</b></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><b>28. elupäeval</b></p> <p>Invasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Mitteinvasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p>	<p>Sepsise tekitajad</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p>
<p><b>36<sup>+0</sup> nädalal PMV järgi</b></p> <p>Invasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Mitteinvasiivne hingamistoetus <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p>	<p>Hiline (&gt; 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><b>17. Ravimid</b></p> <p>Vasoaktiivne ravi <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>(0–72 elutundi) <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Ravi algus _____ päev kuu _____ aasta _____ tund minut</p> <p>Ravi lõpp _____ päev kuu _____ aasta _____ arv</p> <p>Postnataalse GKS ravi algus _____ päev kuu _____ aasta _____ arv</p> <p>Ravipäevi _____</p> <p>Antibiootikumid <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei Ravipäevi _____</p> <p>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>Sepsise tekitajad</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>Verekülv positiivsete episoodide arv _____</p> <p>Verekülv negatiivsete episoodide arv _____</p> <p>Süsteemne seen- või viirusinfektsioon <input type="checkbox"/> 1 Jah <input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p>Tekitaja _____</p>
---	---

<p><b>18. Infusiooniteed</b> (va. perifeerne veen)</p> <p>Jah Ei Ravipäevade arv</p> <p>Nabaveen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____</p> <p>Nabaarter <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____</p> <p>Perifeerne arter <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____</p> <p>Perifeerselt sisestatud keskne kateeter (PICC) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____</p> <p>Muu tsentraalveeni kateeter (TVK) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____</p>	<p><b>19. Avatud arterioosjuha (DAP)</b></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><input type="checkbox"/> 1 Indometatsiin _____ päev kuu _____ aasta _____ tund minut</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ibuprofeen _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Paratsetamool _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Esmaselt _____</p> <p><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  1 Jah  2 EiEi läbinud  1 Jah  2 EiParem  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<sup>+0</sup> 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 kirjutatud päev kuu aastaHapnikravi  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 JahRinnapiimarikastaja  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