



# Várandósgondozási könyv

A várandósgondozásról szóló 26/2014. (IV. 8.) EMMI-rendelet alapján  
a területi védőnő adja ki

Tanácsadásokra, vizsgálatokra és a szülésre vigye magával!

A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény:  
– a magzati élet védelme a gyermeket váró nőkről történő fokozott  
gondoskodással valósítható meg, ugyanakkor a magzat egészséges fejlődését  
biztosító feltételek megteremtése elsődlegesen a szülők felelősége.

## **26/2014. (IV. 8.) EMMI-rendelet a várandósgondozásról**

2. § (1) A várandósgondozás olyan komplex egészségügyi szolgáltatás, amely
- a)* a védőnő,
  - b)* a háziorvos,
  - c)* a szülész-nőgyógyász szakorvos,
  - d)* a várandós választása esetén a szülésznő, valamint
  - e)* a várandós  
együtműködésén alapul.

(védőnő tölti ki)

**A méhen belüli várandósságot megállapító szülész-nőgyógyász szakorvos igazolása alapján**

Neve: ..... pecsétszáma: .....

a) igazolás kiadásának kelte: ..... év ..... hó ..... nap (első megjelenés ideje)  
várandóssági hét: .....

b) rizikóbesorolás-igazolás kiadásának kelte: ..... év ..... hó ..... nap

eredménye:            **alacsony rizikójú**            **magas rizikójú**

(védőnő tölti ki)

**A Várandósgondozási könyvet kiállító védőnő**

Neve: ....., elérhetőség, tel.: ..... - .....

Ágazati azonosítója:

A kiállítás helye: ..... intézmény

Cím: ..... ir.sz. .... település ..... közterület/hsz.

Kelt: ..... év ..... hó ..... nap

P. H.

.....  
aláírás

(felelős személy tölti ki)

**Szülés szempontjából fontos vizsgálati eredmények:**

Vércsoport: ..... Rh .....

HBsAG: .....

VDRL: .....

Onkocitológiai vizsgálat .....

TBC-s környezetben élő várandós      igen      nem

(védőnő tölti ki)

**Várandós személyazonosító adatai**

TAJ-szám:

**A várandós családi és utóneve:** .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely: ..... idő: ..... év ..... hó ..... nap

Lakhely: ..... ir.sz. .... település

..... közterület, utca/tér/köz ..... házszám ..... em./ajtó

Tartózkodási hely: ..... ir.sz. .... település

..... közterület, utca/tér/köz ..... házszám ..... em./ajtó

Munkahely: .....

Foglalkozás: ..... végzettség: .....

Tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

Címváltozás: ..... ir.sz. .... település

..... közterület, utca/tér/köz ..... házszám ..... em./ajtó

bejegyzés kelte: ..... év ..... hó ..... nap

Címváltozás: ..... ir.sz. .... település

..... közterület, utca/tér/köz ..... házszám ..... em./ajtó

bejegyzés kelte: ..... év ..... hó ..... nap

---

---

**Legközelebbi hozzátartozó neve:** .....

(férj, élettárs, egyéb ..... ) tel.: ..... - .....

Cím: ..... ir.sz. .... település

..... közterület, utca/tér/köz ..... házszám ..... em./ajtó

**A várandós gondozásában részt vevők adatai** (védőnő tölti ki)

A lakhely vagy tartózkodási hely szerint illetékes **területi védőnő**

Neve: ..... vezetékes tel.: ..... - .....

Hivatali mobil: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

**Védőnői tanácsadó címe:** ..... ir.sz. .... település  
..... közterület, utca/tér/köz ..... házszám ..... em./ajtó

Védőnői várandós-tanácsadás  
ideje: ..... nap ..... - ..... óra

(házi orvos tölti ki)

**Házi orvos neve:** ..... pecsétszám: .....

Hivatalos tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

Rendelés helye (várandós számára): .....  
ideje: ..... nap ..... - ..... óra

(felelős személy tölti ki)

**Felelős személy – szülész-nőgyógyász szakorvos/szülésznő**

Neve: ..... pecsétszám: .....

Szolgáltató neve: .....

Hivatalos tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

Rendelés helye: .....  
ideje: ..... nap ..... - ..... óra

(szolgáltató képviselőjében eljáró tölti ki)

**Felelős egészségügyi szolgáltató megnevezése:** .....

Hivatalos tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

Rendelés helye: .....

Ideje: hétfő ..... - ..... óra; kedd ..... - ..... óra; szerda ..... - ..... óra;  
csütörtök ..... - ..... óra; péntek ..... - ..... óra

A várandós gondozására területi ellátási kötelezettséggel rendelkező **egészségügyi szolgáltató**

Neve: .....

Címe: ..... ir.sz. .... település  
..... közterület, utca/tér/köz ..... házszám ..... em./ajtó

**Az előzetes szülések és terhességek jellemző adatai (ikerszülés esetén újszülöttenként) (védőnő tölti ki)**

A magzat/újszülött			A szülés során		A gyermek	
év	Grav.s.	fekvés	súly (g)	szövődmény (a műtét oka)	befejezés módja	jelen állapot
Sikertelen terhességek jellemző adatai			Jelmagyarázat			
év	Grav.s.	lefolyása (M, S, E, Ü)	Grav.s.	A szülés (vetelés) ideje befejezett terhességi hetekben		
			Fekvés	Kpf	Koponyavégű fekvés	
				Mvf	Medencevégű fekvés	
				Haránt	Haránt / ferde fekvés	
			A befejezés módja	pvn	Hüvelyi úton született: episiotomiával vagy gátvédelemben	
				F/V	Hüvelyi úton született: fogómuúttal vagy vacuum extractióval	
				SC	Császármetszettel született	
			Jelen állapot	Egészséges, meghalt (hónap/éves korban), fejlődési rendellenesség (ha volt)		
			Sikertelen terhességek	M	Művi vetelés	
				E	Méhen kívüli terhesség	
				S	Spontán vetelés, missed ab.	
				Ü	Mola / iszögterhesség	

**Háziorvosi vizsgálat/anamnézis**

(házi orvos tölti ki)

Helye: ..... kelte: ..... év ..... hó ..... nap

Háziorvos neve: ..... pecsétszám: .....

Hivatalos tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

Várandós anamnézisében szereplő betegségek: .....

Várandós anamnézisében szereplő műtétek: .....

**Családban előfordult fejlődési rendellenesség, öröklődő megbetegedés**

Várandós családja: .....

Apa családja: .....

Háziorvosi vizsgálati lelet: .....

Megjegyzés: .....

Gyógyszerérzékenység: .....

P. H. ....  
házi orvos aláírása

---

---

**Fogorvosi vizsgálat**

(fogorvos tölti ki)

Helye: ..... kelte: ..... év ..... hó ..... nap

Fogorvos neve: ..... pecsétszám: .....

Hivatalos tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

Vizsgálati lelet (fogak állapota, gyulladás, stb.) .....

P. H. ....  
fogorvos aláírása

**Beutaló térítésmentes, kötelező vizsgálatokra** (házi orvos tölti ki)

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet, 3/A. § (10e) a beutalás napjától 300 napig érvényes, a vizsgálatokhoz egyéb beutaló nem szükséges

Várandós neve: ..... TAJ: .....

Születési idő: ..... év ..... hó ..... nap BNO: .....

Anyja neve: .....

Beutalás időpontja: ..... év ..... hó ..... nap

Naplószám: .....

HSZ-KÓD										
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A		B	C
		Vizsgálat időpontja (nap/időszak)	Orvos/intézmény aláírás, időpont, pecsét
<b>1. A várandósság első harmadában végzendő vizsgálatok</b>			
vérkép (hemoglobin, hematokrit, vvt-indexek, fehérvérsejtszám, vérlemezkeszám), Se kreatinin, KN, eGFR, SGOT, SGPT, SeBi; vércukor			
vizelet (fehérje, genny, cukor, aceton, UBG, üledék)			
HBsAg-szűrés			
VDRL			
vércsoport-meghatározás és vörösvértest-ellenanyagvizsgálat			
ultrahang szűrővizsgálat	11–13. hét		
genetikai tanácsadás (fogamzáskor betöltött 37. életévtől kezdve)			
fogorvosi vizsgálat			
<b>2. A várandósság második harmadában végzendő vizsgálatok</b>			
ultrahang szűrővizsgálat	18–22. hét		
terheléses vércukorvizsgálat (éhomi és 75 g glukóz fogyasztása után 120 perccel)	24–28. hét		
vérkép (hemoglobin, hematokrit, vvt-indexek, fehérvérsejtszám, vérlemezkeszám)	24–28. hét		
vizelet (fehérje, genny, cukor, aceton, UBG, üledék)	24–28. hét		
<b>3. A várandósság harmadik harmadában végzendő vizsgálatok</b>			
ultrahang szűrővizsgálat	30–32. hét		
vérkép (hemoglobin, hematokrit, vvt-indexek, fehérvérsejtszám, vérlemezkeszám) és vörösvértest-ellenanyagvizsgálat, Se kreatinin, KN, eGFR, SGOT, SGPT, SeBi	36–37. hét		
vizelet (fehérje, genny, cukor, aceton, UBG, üledék)	36–37. hét		
kardiotokográfós szűrővizsgálat	38. hét 39. hét 40. hét		

P. H.

.....  
Házi orvos aláírása

***Rendelet szerint térítésmentes, kötelező vizsgálatok megvalósulása***

Vizsgálat	Felelős személy/háziorvos tölti ki		Megjegyzés/aláírás
	Értékelés időpontja	Értékelése normál/kóros	
<b>I. Trimeszter</b>	<b>részletes leírás és egyéb vizsgálatok a 10–15. oldalon</b>		
Vércsoport			
VVt-ellenanyag			
HBsAg-szűrés			
VDRL			
Ht: %			
Hbg: g/l			
Fvs: G/l			
Thr.: g/l			
KN, eGFR, Se creatinin, vércukor			
SGOT, SGPT, SeBi			
Vizelet			
I. UH 11–13. hét			
<b>II. Trimeszter</b>			
II. UH 18–22.hét			
Ht: %			
Hbg: g/l			
Fvs: G/l			
Thr.: G/l			
Vizelet			
OGTT 0 p.: 120 p:			
<b>III. Trimeszter</b>			
III. UH 30–32.hét			
Ht: %			
Hbg: g/l			
Fvs: G/l			
Thr.: G/l			
VVt-ellenanyag			
KN, eGFR, Se creatinin			
SGOT, SGPT, SeBi			
Vizelet			
CTG 38. hét			
CTG 39. hét			
CTG 40. hét			



(felelős személy tölti ki)

### A szülés várható időpontjának meghatározása

Utolsó menstruáció 1. napja: ..... év ..... hó ..... nap	
Menstruációs ciklus hossza (tól-ig) .....	
IVF esetén az embriótranszfer napja: ..... év ..... hó ..... nap	
<b>Az intrauterin terhességet megállapító UH vizsgálat</b>	
A vizsgálat időpontja: ..... év ..... hó ..... nap	
A vizsgálat lelete (adatokkal): .....	
.....	
.....	
A vizsgálat alapján meghatározott (UH) terhességi kor: ..... hét+nap	
.....	
vizsgáló személy	
<b>Az I. trimeszteri UH-szűrővizsgálat (11. hét 0. nap – 13. hét 6. nap között)</b>	
A szűrővizsgálat időpontja: ..... év ..... hó ..... nap	
Lelete (CRL, BPD, egyéb megjegyzés): .....	
.....	
.....	
A vizsgálat alapján meghatározott (UH) terhességi kor: ..... hét + nap	
.....	
vizsgáló személy	
Az első terhességi teszt (ha volt) ideje: ..... év ..... hó ..... nap	
lelete: <input type="checkbox"/> pos <input checked="" type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	
A fentiek alapján a szülés: várható ideje: ..... év ..... hó ..... nap	
P. H. ....	
felelős személy	

A szülés várható ideje nem módosítható!

### Várandósgondozásban részt vevők bejegyzései

Kitöltő	Dátum	Várandósság hete	Iktéstartomány (kg)	Vérnyomás (Higmm)	Pulzus (/perc)	Fundus helyzete/haskörfogat	Vizelet	Panasz

(Kitöltő – védő: V, szülész-nőgyógyász szakorvos: SZNSZO, szülésznő: SZN, házi orvos: HO)

Tünet/észlelés/státusz megállapítás	Terápia/ intézkedés	Visszarendelés ideje	Aláírás, pecsét

### ***Várandósgondozásban részt vevők bejegyzései***

<b>Kitöltő</b>	<b>Dátum</b>	<b>Várandósság hete</b>	<b>Testtömeg (kg)</b>	<b>Vérnyomás (Hígmm)</b>	<b>Pulzus (/perc)</b>	<b>Fundus helyzete/ haskórfogat</b>	<b>Vizelet</b>	<b>Panasz</b>

(Kitöltő – védőnő: V, szülész-nőgyógyász szakorvos: SZNSZO, szülésznő: SZN, háziorvos: HO)

<b>Tünet/észlelés/státusz megállapítás</b>	<b>Terápia/ intézkedés</b>	<b>Visszarendelés ideje</b>	<b>Aláírás, pecsét</b>

### Várandósgondozásban részt vevők bejegyzései

Kitöltő	Dátum	Várandósság hete	Testtömeg (kg)	Vérnyomás (Hgmm)	Pulzus (/perc)	Fundus helyzete/haskörfogat	Vizelet	Panasz

(Kitöltő – védőnő: V, szülész-nőgyógyász szakorvos: SZNSZO, szülésznő: SZN, házi orvos: HO)

Tünet/észlelés/státusz megállapítás	Terápia/ intézkedés	Visszarendelés ideje	Aláírás, pecsét





**Tájékoztató a várandósgondozásról szóló 26/2014. (IV. 8.) EMMI  
rendelet alapján**

Megnevezés	Tájékoztatót nyújtó neve	SZNSZO, V, SZN	Dátum	Ellátást nyújtó aláírása, pecsét
Kötelező szűrővizsgálatokról				
A térítés ellenében igénybe vehető vizsgálatok lehetőségéről				

Dohányzásról leszokást segítő program elérhetősége:  
Bárki térítésmentesen hívhatja a program ZÖLD SZÁMÁT:  
06-80-44-20-44

*(választani tervezett orvos/védőnő tölti ki)*

**Várandós által választani tervezett, gyermeket ellátó  
házi gyermekorvos/háziorvos**

Neve: ..... Hivatalos tel.: ..... - .....  
Szolgáltatás helye: ..... e-mail: ..... @ .....  
aláírás: ..... P. H.

Amennyiben a várandós nem nevez meg a várandósság 34. hetéig választott házi gyermekorvost/háziorvost, az újszülöttnel való távozás címe szerinti területi ellátási kötelezettséggel rendelkező házi gyermekorvos/háziorvos

Neve: .....  
Hivatalos tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....  
védőnő aláírása: ..... P. H.

**A házi gyermekorvos/háziorvos részéről ellátási kötelezettség csak az első orvos–beteg (megszületett gyermek) találkozást követően keletkezik!**

**Anyasági támogatás igénybevételéhez szükséges igazolás**  
**kiadásának időpontja**

kelt: ..... év ..... hó ..... nap

P. H.

.....  
védőnő aláírása

---

---

**Változás a várandósgondozásban részt vevők személyében**  
**(a megfelelő aláhúzendó)**

**védőnő, házi orvos, szülész-nőgyógyász szakorvos, szülésznő, szolgáltató**

Név: ..... Pecsétszám/engedélyszám: .....

Hivatalos tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

Ellátás helye: ..... ir.sz. .... település

..... közterület, utca/tér/köz ..... házsám ..... em./ajtó

Kelt: ..... év ..... hó ..... nap

P. H.

.....  
aláírás

---

---

**védőnő, házi orvos, szülész-nőgyógyász szakorvos, szülésznő, szolgáltató**  
**(a megfelelő aláhúzendó)**

Név: ..... Pecsétszám/engedélyszám: .....

Hivatalos tel.: ..... - ..... e-mail: ..... @ .....

Ellátás helye: ..... ir.sz. .... település

..... közterület, utca/tér/köz ..... házsám ..... em./ajtó

Kelt: ..... év ..... hó ..... nap

P. H.

.....  
aláírás

## Hogyan készüljünk a szülésre

A védőnőtől kap tájékoztatást arról, hogy milyen felkészülési lehetőségek és módszerek vannak. Ezek közül a várandósgondozás keretében kapott ismeretek mindenki számára elérhetők:

1. Ismeretek a várandós időszak testi, lelki változásairól, az ajánlott életmódról, a gondozási folyamatról, vizsgálatokról, támogatásokról.
2. Ismeretek a szülés megindulásáról, a tennivalókról, a szülés testi-lelki folyamatáról, a magzatot érő hatásokról, a szülési módokról, választási lehetőségekről, a szükséges és ajánlott, a szülési folyamatot megkönnyítő, komfort felszerelésekről. A társ szerepéről, lehetőségeiről.
3. Ismeretek a szülést – születést követő bőrkapcsolatról, az első mellre helyezés és a szoptatás támogatásáról és előnyeiről, a baba-mama elhelyezésről.
4. A gyermekágyi folyamatokról, a szűrővizsgálatokról.

## Ajánlott a felkészülést kiegészíteni

- rendszeres testmozgással (séta, úszás, rázkódással és elesésveszéllyel nem járó, megszokott, nem versenyszerű sportok és mozgásformák), a 12. héttől speciális kismamatornával
  - lazítógyakorlatokkal (autogén tréning, jóga, koncentratív lazítás stb.)
  - speciális légzőgyakorlatokkal a várandósság és a szülés megkönnyítésére, és a jó oxigénellátás biztosítására
  - lazító masszázsgyakorlatokkal
  - lelki egyensúlyt és problémamegoldó képességet elősegítő pszichés gyakorlatokkal, foglalkozásokkal
  - intézménylátogatással (szülőszoba, baba-mama szoba)
  - bármilyen olyan foglalkozással, amely a gyermeket váró szülők érdeklődését és jó testi-lelki egészségi állapotát elősegíti.
- A foglalkozásokon ajánlott az apák részvétele is, vagy olyan hozzátartozóé, aki a szülésnél jelen lesz, vagy akivel az édesanya szívesen megosztja ezeket az élményeit.
- Érdemes a csoportos foglalkozások előnyeit is kihasználni, más szülőtársakkal jó, támogató kapcsolatot kiépíteni.
- A felkészítő foglalkozások részleteiről érdeklődhet a védőnőnél, a szülészornál vagy a szüléssznőnél.

## Miért fontos az anyatej és a szoptatás?

Az anyatej:

- tápanyag-összetétele optimális a gyermek növekedése és fejlődése szempontjából
- védelmet nyújt az akut fertőző betegségekkel szemben
- csökkenti az allergia és a fiatalkori cukorbetegség esélyét a nagy kockázatú gyermekeknél
- hosszú távon védelmet nyújt a magas vérnyomás és az elhízás kialakulása ellen
- azonnal fogyasztható, nincs szükség előkészületekre.

A szoptatás jótékony hatással van az anyára és a gyermek egészségére, miközben káros hatása nincs.

További információk:

<http://www.koragyermekkor.hu/>

<http://sztnb.hu>

<http://csaladitudakozo.kormany.hu/>

Grafika: Simon András [www.simongaleria.hu](http://www.simongaleria.hu)

