

1911-12-13

Przyjęcie

☐ - samodzielnie

□ - z - 2020

□ - rodziny

☐ - pielęgnarki środowiskowej

□ - innermost rodica

☐ - na inny oddział

godz.

Warunki mieszkaniowe:	mieszka sam	mieszka z rodziną
-----------------------	-------------	-------------------

Diagnoza lekarska

Ocena w skali Nortona

Ocena wg skali Nortona

1. *What is the main purpose of the text?*
 2. *What is the author's attitude towards the subject?*
 3. *What is the main idea of the text?*
 4. *What is the author's main argument?*
 5. *What is the author's conclusion?*
 6. *What is the author's main point?*
 7. *What is the author's main message?*
 8. *What is the author's main theme?*
 9. *What is the author's main topic?*
 10. *What is the author's main subject?*

data	pvt.	podpis plet
date	sht.	podpis plet
date	sht.	podpis plet

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

und als Spiel, od. als Kunst?

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

Data wywiadu: _____

Układ oddechowy	Oddech - <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> zaburzony Duszność - <input type="checkbox"/> nie występuje <input type="checkbox"/> występuje Inne _____
Układ krążenia	RR - <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nadciśnienie <input type="checkbox"/> niedociśnienie Obrzęki - <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe Inne _____
Układ pokarmowy	Stan odżywienia - <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> otyłość Dolegliwości - <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> wzdęcia Wydalanie - <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> biegunki <input type="checkbox"/> zaparcia Dieta _____
Skóra i błony śluzowe	Stan higieniczny skóry - <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły Skóra - <input type="checkbox"/> różowa <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> zażółcona Zmiany - <input type="checkbox"/> nie występują <input type="checkbox"/> istnieją zmiany (jakie?) _____
Układ moczowo-płciowy	Diureza - <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona Barwa moczu - <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> ciemny <input type="checkbox"/> krwisty Środki pomocnicze - <input type="checkbox"/> cewnik <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> cystostomia <input type="checkbox"/> pampers Cykle miesięczkowe - <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> regularne <input type="checkbox"/> nieregularne <input type="checkbox"/> brak
Układ kostno-stawowy	Sprawność fizyczna - <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> ograniczona Porusza się - <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> konieczność pomocy <input type="checkbox"/> leżący Patologie - <input type="checkbox"/> niedowłady <input type="checkbox"/> porażenia <input type="checkbox"/> przykurcze Środki pomocnicze - <input type="checkbox"/> wózek <input type="checkbox"/> kule <input type="checkbox"/> protezy
Układ nerwowy	Świadomość - <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> nieprzytomny Stan psychiczny - <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> depresja <input type="checkbox"/> zaburzenia orientacji Kontakt słowny - <input type="checkbox"/> logiczny <input type="checkbox"/> nielogiczny <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> utrudniony
Zmysły	Mowa - <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> trudność wymowy <input type="checkbox"/> niemowa Słuch - <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłuch <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> aparat słuchowy Wzrok - <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepota <input type="checkbox"/> okulary
Ból	Uniejszczenie: _____ Charakter - <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/> okresowy <input type="checkbox"/> brak
Inne	Stosunek do polityki w szpitalu - <input type="checkbox"/> pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> obojętny Uzależnienia - <input type="checkbox"/> palenie papierosów <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> narkotyki <input type="checkbox"/> leki

Choroby współistniejące: ☐ nadciśnienie ☐ cukrzyca ☐ choroba wrzodowa
☐ padaczka ☐ astma ☐ inne

Po uzyskaniu informacji oświadczam, że:

- ☐ decyduję się na pozostawienie rzeczy wartościowych w depozycie centralnym.
- ☐ nie decyduję się na pozostawienie rzeczy wartościowych w depozycie centralnym.

Data i podpis osoby informującej: _____

Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej: _____

Data	Określenie stanu pacjenta	Podpis badającego