

Patient:

we claim

I. Zostal wypisany

- a) do domu  
b) do innego ośrodka  
c) przeniesiony na inny oddział

## II. Wymaga pomocy

- a) pielęgniarzki środowiskowej (choremu wydano kartę zaleceń)  
b) rodziny

### III. W zakresie

- a) odżywiania

c) rucbu

- d) utrzymywania higieny ciała

## e) zmiany opatrunków

IV. Chory ma założony:

- c) cewnik  
d) wkłucie  
e) inne

#### V. Inne zalecenia pielęgnarskie:

Podpis pielęgniarki

Podpis pielęgniarki oddziałowej

# HISTORIA PIELEGNOWANIA

## Przyjęcie

Pieczeń oddziśniu

Pobyt w szpitalu: <input type="checkbox"/> - pierwszy <input type="checkbox"/> - kolejny Rozpoznanie lekarskie:	
Choroby współistniejące:	
Przebyte operacje:	
Główne dolegliwości:	
Alergie:	
Nalogi:	
Wzrost:	
Warunki mieszkaniowe:	
<input type="checkbox"/> - dobre <input type="checkbox"/> - złe <input type="checkbox"/> - mieszka z rodziną <input type="checkbox"/> - mieszka sam Sprzet pomocniczy z którego korzysta pacjent:	
<input type="checkbox"/> - wózek <input type="checkbox"/> - balkonik <input type="checkbox"/> - chodzik <input type="checkbox"/> - kule <input type="checkbox"/> - łaska <input type="checkbox"/> - gorset	
Ocena sprawności pacjenta	Przyjęcie S O Z Z S O Z
Porusza się	Wypis S O Z Z S O Z
Higiena osobista	W dniu przyjęcia
Odżywianie	W dnia wypisu
Wydalanie	W dniu wypisu
S - Samodzielnie	O - Ograniczony
Z - Zależny	Z - Zależny



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	Ozdrojenie stanu pacjenta	Podpis pielęgniarki

Uwagi/obserwacje/komentarze	
Objawy/elementy oceny	
Oddech:	<input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> przyspieszony <input type="checkbox"/> zwolniony <input type="checkbox"/> spłycony <input type="checkbox"/> brak
Płucnica:	<input type="checkbox"/> łagodna <input type="checkbox"/> ciężka <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> krwista <input type="checkbox"/> brak
Kaszel:	<input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/> brak
Dziwność:	<input type="checkbox"/> spoczynkowy <input type="checkbox"/> wysiłkowy <input type="checkbox"/> brak
Tętno:	<input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> zob. ryt <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia <input type="checkbox"/> brak
CIŚNIE:	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe
Perfuza:	<input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/> „zimny pot” <input type="checkbox"/> skóra marmurkowa
Obręki:	<input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> okresowe
Ondlenia:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> rozrzucone <input type="checkbox"/> nie
Ciepota ciała:	<input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> nieprawidłowy <input type="checkbox"/> niedowaga <input type="checkbox"/> nadwaga
J. ustna:	<input type="checkbox"/> owodzona <input type="checkbox"/> błędniki <input type="checkbox"/> język obłożony <input type="checkbox"/> inne
Apetyt:	<input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> zmniejszony <input type="checkbox"/> brak
Pragnienie:	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> zmniejszone
Wydalanie:	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> inne
Dolegliwości:	<input type="checkbox"/> trudności w połykaniu <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> inne
Dziwność:	<input type="checkbox"/> normalna <input type="checkbox"/> wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> bezmocz
Trudności w oddawaniu moczu:	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ <input type="checkbox"/> nie trzymanie <input type="checkbox"/> nie występują
Cykli miesiączkowy:	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe <input type="checkbox"/> regularnie <input type="checkbox"/> nie regularnie <input type="checkbox"/> brak
Ponosi się:	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> przykurcze
Ruchomość w stawach:	<input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> przykurcze
Sprawność fizyczna:	<input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa
Postawa ciała:	<input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa
Inne:	<input type="checkbox"/> obrzęki <input type="checkbox"/> zaczerwienienia <input type="checkbox"/> ślota <input type="checkbox"/> inne
Wzrok:	<input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślota <input type="checkbox"/> inne
Sluch:	<input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłuch <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> inne
Świadomość:	<input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak
Sen:	<input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> zaburzony <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> błędna
Skóra:	<input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> uszkodzona <input type="checkbox"/> szorstka <input type="checkbox"/> inne
Odebrany:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> zwiększone ryzyko wystąpienia
Umiejscowienie	Charakter
Przed	Następnie
Tył	Inne
Data i podpis pielęgniarki zbierającej wywiad:	