

jużowa 03.08.16

HISTORIA PIELEGNOWANIA

Przyjście

Pieczęć oddziału

SK. 1

Cur outp, gin, level.

Warunki mieszkaniowe: mieszka sam mieszka z rodziną

Diagnoza lekarska

Ocena w skali Norton

data	pkt	podpis piel.
data	pkt	podpis piel.
data	pkt	podpis piel.

Ocena wg skali Norton

data	pkt	podpis piel.
data	pkt	podpis piel.
data	pkt	podpis piel.

Piel. przyjmująca

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

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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 Wydalenie - <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"/> 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 miesięczne - <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"/> ślepotą <input type="checkbox"/> okulary
Ból	Umiejscowienie: Charakter - <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/> okresowy <input type="checkbox"/> brak
Inne	Stosunek do pobytu w szpitalu - <input type="checkbox"/> pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> obojętny <input type="checkbox"/> niemożliwy do oceny 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

Podpis pielęgniarki zlecającej wywiad

WSKAZÓWKI PIELĘGNIARSKIE DO DALSZEGO POSTĘPOWANIA W ZWIĄZKU Z WYPISEM

Data wypisu:

Pacjent opuszczał szpital ☐ - samodzielnie
☐ - z osobą towarzyszącą

Pacjent przekazany do ☐ - rodziny
☐ - pielęgniarki środowiskowej
☐ - innego ośrodka
☐ - na inny oddział godz.

Chory wymaga pomocy w zakresie	Odżywiania	
	Utrzymania higieny ciała	samodzielne <input type="checkbox"/> ograniczone <input type="checkbox"/> zależne <input type="checkbox"/>
	Ruchu	
	Inne	
Chory ma założony:	Ruchu	
cewnik moczowy		
zgłębnik żołądkowy		
rurka tracheostomijna		
cystostomia		
nefrostomia		
wklucie		
opatrunek		
stomia		
mikrojejunostomia		
Ocena stanu skóry	<input type="checkbox"/> - bez zmian <input type="checkbox"/> - odleżyny stopień	