

Nazwisko i imię .....

Data	Obserwacje pielęgniarские. Ocena stanu pacjentki	Piecątka i podpis położnej

**Wskazówki pielęgniarские przy wypisie pacjentki**

Higiena piersi i krocza .....

Karmienie piersią .....

Współżycie płciowe, planowanie rodziny .....


Samopielęgnacja, samokontrola, styl życia .....

.....  
Data

.....  
piecątka i podpis położnej

.....  
piecątka i podpis położnej oddziałowej

Nazwisko i imię .....

Data	Obserwacje pielęgniarские. Ocena stanu pacjentki	Piecątka i podpis położnej
		

Nazwisko i imię .....

Data							
Dyżur od ..... do .....							
Kategoria opieki							
Ryzyko odleżyn w skali punktowej wg Norton							
PLAN OPIEKI		REALIZACJA OPIEKI					
Kontrola stanu pacjentki							
Kontrola płodu							
Zabiegi							
Utrzymanie higieny							
Odżywianie/ Wydalanie							
Przygotowanie do zabiegu /opieka pooperacyjna							
Edukacja i wsparcie							

**Uwaga:** wykonanie czynności położna dokumentuje poprzez złożenie podpisu i pieczętki

## HISTORIA PIELĘGNOWANIA POŁOŻNICZO - GINEKOLOGICZNA

Załącznik nr 5b do Historii Choroby

Oddział .....		L. ks. gł. / I. ks. oddz.		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
Nazwisko: .....		Imię: .....		Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Wiek: <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		PESEL: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			
Adres: .....		☎			
Rozpoznanie lekarskie: .....					
Świadczenia pielęgniarские wykonane w Izbie Przyjęć: zaopatrzenie pacjenta w opaskę identyfikacyjną: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>					
pomiary: waga <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> wzrost <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> temperatura <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> RR <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> tętno <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>					
zabiegi: .....					
badania: EKG <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> inne .....					
<b>OCENA STANU PACJENTKI / WYWIAD</b>					
Społeczny stan pacjenta:		Warunki życiowe i mieszkaniowe:		dobre <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wym. interwencji <input type="checkbox"/>	
		Możliwości rodziny do wsparcia:		pełne <input type="checkbox"/> niepełne <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>	
Czynniki ryzyka: nikotyna <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> nadciśnienie <input type="checkbox"/> otyłość <input type="checkbox"/> inne: .....					
Stan psychiczny: (komunikowanie, kontakt, mowa, zachowanie, nastrój, emocje, pamięć, uwaga)					
Wywiad położniczy	<b>Czynność skurczowa:</b> <input type="checkbox"/> skurcze przepowiadające <input type="checkbox"/> skurcze I okresu <input type="checkbox"/> skurcze II okresu				
	<b>Napięcie:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone				
	<b>Odchody:</b> <input type="checkbox"/> mierne <input type="checkbox"/> skąpe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> krwotok <input type="checkbox"/> śluzowe <input type="checkbox"/> ropne <input type="checkbox"/> grzybicze <input type="checkbox"/> śluz. - krwiste				
	<b>Kontrola płodu:</b> Tętno <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> KTG <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Ruchy <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div>				
Układ krążenia	<b>Tętno:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zab. rytmu <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia				
	<b>CTK:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe				
	<b>Obrzęki:</b> <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> okresowe				
	<b>Omdlenia:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
Układ pokarmowy	<b>Ciężar ciała:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowaga <input type="checkbox"/> nadwaga				
	<b>Wydalenie:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> inne				
	<b>Dolegliwości:</b> <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> inne				
	<b>Dieta:</b>				
Układ moczowo - płciowy	<b>Mocz ilość</b> <input type="checkbox"/> norma <input type="checkbox"/> wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> bezmocz				
	<b>Oddawanie moczu:</b> <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ <input type="checkbox"/> nietrzymanie <input type="checkbox"/> pieczenie				
	<b>Cykl miesięczkowy:</b> <input type="checkbox"/> regularny <input type="checkbox"/> nieregularny				
	<b>Krwawienie miesięczne:</b> <input type="checkbox"/> bolesne <input type="checkbox"/> niebolesne <input type="checkbox"/> obfite <input type="checkbox"/> mierne <input type="checkbox"/> skąpe <input type="checkbox"/> norma				
	<b>Ostatnie badanie ginekologiczne:</b>				
CUN	<input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> bóle głowy <input type="checkbox"/> utraty przytomności				
Inne	<b>Skóra:</b> <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/> zaczerwieniona <input type="checkbox"/> zażółcona <input type="checkbox"/> sinicza <input type="checkbox"/> inna				
	<b>Układ ruchu:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> nieprawidłowy				
	Ograniczenia .....				
	<b>Dolegliwości bólowe</b> (umiejscowienie, rodzaj):				
	Alergie: .....    HBS: .....				
Uwagi: .....					Data, pieczęć i podpis położnej
Zapoznanie z topografią oddziału / regulaminem / prawami Pacjenta.					