

HISTORIA PIELEGNOWANIA ZABIEGOWA

Załącznik nr 5a 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 pielęgniarskie 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					
OCENA STANU PACJENTA / WYWIAD					
Społeczny stan pacjenta:		Warunki życiowe i mieszkaniowe:		dobre <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wym. interwencji <input type="checkbox"/>	
		Możliwość 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, inne)					
				pomiary / obserwacje / komentarze	
Układ oddechowy	Oddech:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> przyspieszony	<input type="checkbox"/> zwolniony	<input type="checkbox"/> sploty
		<input type="checkbox"/> pogłębiony	<input type="checkbox"/> stridor	<input type="checkbox"/> przez nos	<input type="checkbox"/> przez usta
	Plwocina:	<input type="checkbox"/> śluzowa	<input type="checkbox"/> pienista	<input type="checkbox"/> ropna	<input type="checkbox"/> krwista
	Kaszel:	<input type="checkbox"/> suchy	<input type="checkbox"/> wilgotny	<input type="checkbox"/> stały	<input type="checkbox"/> napadowy
	Duszność:	<input type="checkbox"/> spoczynkowa	<input type="checkbox"/> wysiłkowa		
Układ krążenia	Tętno:	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> zab. rytmu	<input type="checkbox"/> bradykardia	<input type="checkbox"/> tachykardia
	Obrzęki:	<input type="checkbox"/> uogólnione	<input type="checkbox"/> miejscowe	<input type="checkbox"/> stałe	<input type="checkbox"/> okresowe
	Omdlenie:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
Układ pokarmowy	Ciepota ciała:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> niedowaga	<input type="checkbox"/> nadwaga	<input type="checkbox"/>
	J. ustna:	<input type="checkbox"/> owrzodzona	<input type="checkbox"/> pleśniawki	<input type="checkbox"/> język obłożony	<input type="checkbox"/> inne
	Apetyt:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> wzmożony	<input type="checkbox"/> zmniejszony	<input type="checkbox"/> brak
	Pragnienie:	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> wzmożone	<input type="checkbox"/> zmniejszone	<input type="checkbox"/> brak
	Sposób odżywiania:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> sonda żołądkowa	<input type="checkbox"/> inne	
	Wydłanie:	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> zaparcia	<input type="checkbox"/> biegunka	<input type="checkbox"/> inne
	Dolegliwości	<input type="checkbox"/> trudności w przełykaniu	<input type="checkbox"/> zgaga	<input type="checkbox"/> odbijanie	
		<input type="checkbox"/> nudności	<input type="checkbox"/> wymioty	<input type="checkbox"/> wzdęcia	<input type="checkbox"/> inne
	Dieta:				
Układ moczowy	Mocz ilość:	<input type="checkbox"/> normalna	<input type="checkbox"/> wielomocz	<input type="checkbox"/> skąpomocz	<input type="checkbox"/> bezmocz
	Barwa moczu:	<input type="checkbox"/> mętny	<input type="checkbox"/> ropny	<input type="checkbox"/> z domieszką krwi	
	Oddawanie moczu:	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nietrzymanie	<input type="checkbox"/> utrudniony odpływ	
		<input type="checkbox"/> przez cewnik	<input type="checkbox"/> pieczenie		
Układ ruchu	Poruszanie się:	<input type="checkbox"/> samodzielne	<input type="checkbox"/> ograniczone	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> proteza
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki		
	Opatrunek gipsowy:				
	Sprawność fizyczna:	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> ograniczona		
	Postawa ciała:	<input type="checkbox"/> prawidłowa	<input type="checkbox"/> nieprawidłowa		
Inne	Skóra:	<input type="checkbox"/> czysta	<input type="checkbox"/> brudna	<input type="checkbox"/> sucha	<input type="checkbox"/> wilgotna
		<input type="checkbox"/> blada	<input type="checkbox"/> zaczerwieniona	<input type="checkbox"/> zażółcona	<input type="checkbox"/> sinicza
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> inna		
	Odleżyny	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK		
	Opatrunki				
	Słuch:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> niedosłyszenie	<input type="checkbox"/> głuchota	<input type="checkbox"/> inne
	Wzrok:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> niedowidzenie	<input type="checkbox"/> ślepotą	<input type="checkbox"/> inne
	Przytomność:	<input type="checkbox"/> przytomny	<input type="checkbox"/> nieprzytomny	<input type="checkbox"/> senność	<input type="checkbox"/> inne
	Dolegliwości bólowe (umiejscowienie, rodzaj):				
Alergie:	HBS:				
Uwagi:	Data, pieczęć i podpis pielęgniarki				
Zapoznanie z topografią oddziału / regulaminem / prawami Pacjenta.					

Nazwisko i imię


Data							
Kategoria opieki							
Ryzyko odleżyn w skali punktowej wg Norton							
PLAN OPIEKI		REALIZACJA OPIEKI					
		D	N	D	N	D	N
Opieka okołoperacyjna							
Zabiegi							
Utrzymywanie wentylacji płuc							
Odżywianie/ Wydalanie							
Czynności higieniczne							
Usprawnienie/ Transport							
Edukacja i wsparcie							

Uwaga: wykonanie czynności pielęgniarka dokumentuje poprzez złożenie podpisu i pieczętki

Nazwisko i imię

Data	Obserwacje pielęgniarские. Ocena stanu pacjenta	Pieczętka i podpis pielęgniarки
		

Nazwisko i imię

Data	Obserwacje pielęgniarские. Ocena stanu pacjenta	Pieczętka i podpis pielęgniarки
		

Wskazówki pielęgniarские przy wypisie pacjenta

1. Zalecenia dotyczące pielęgnacji i odżywiania
2. Wskazówki dotyczące higieny i trybu życia
3. Inne

pieczętka i podpis pielęgniarки pieczętka i podpis pielęgniarки oddziałowej