


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

Data

pieczętka i podpis pielęgniarки pieczętka i podpis pielęgniarки oddziałowej

Nazwisko i imię

Data	Obserwacje pielęgniarские. Ocena stanu pacjenta	Pieczętka i podpis pielęgniarки
		

Nazwisko i imię

Data							
Kategoria opieki							
Ryzyko odleżyn w skali punktowej wg Norton							
PLAN OPIEKI		REALIZACJA OPIEKI					
		D	N	D	N	D	N
Pomiary parametrów							
Zabiegi							
Utrzymanie wentylacji płuc							
Odżywianie/ Wydalanie							
Usprawnianie/ Transport							
Utrzymanie higieny							
Inne zabiegi i czynności							
Edukacja i wsparcie							

Uwaga: wykonanie czynności pielęgniarka dokumentuje poprzez złożenie podpisu i pieczętki

HISTORIA PIELEGNOWANIA OGOLNA

Załącznik nr 5 do Historii Choroby

Oddział

L. ks. gł. / I. ks. oddz.

Nazwisko:

Imię:

Płeć: K M

Wiek:

PESEL:

Adres:

Rozpoznanie lekarskie:

Świadczenia pielęgniarskie wykonane w Izbie Przyjęć: zaopatrzenie pacjenta w opaskę identyfikacyjną: TAK NIE

pomiary: waga wzrost temperatura RR

zabiegi:

badania: EKG RTG inne pieczętka i podpis pielęgniarki Izby Przyjęć

OCENA STANU PACJENTA / WYWIAD

Spółeczny stan pacjenta:

Warunki życiowe i mieszkaniowe: dobre średnie wym. interwencji

Możliwości rodziny do wsparcia: pełne niepełne brak

Czynniki ryzyka: nikotyna alkohol nadciśnienie otyłość inne:

Stan psychiczny:

(komunikowanie, kontakt, mowa, zachowanie, nastrój, emocje, pamięć, uwaga, inne)

Stan fizyczny: objawy

pomiary / obserwacje / komentarze

Układ oddechowy

Oddech: prawidłowy przyspieszony zwolniony sploty

Płwocina: śluzowa pienista ropna krwista

Kaszel: suchy wilgotny stały napadowy

Duszność: spoczynkowa wysiłkowa

Układ krążenia

Tętno: prawidłowe zab. rytmu bradykardia tachykardia

CTK: prawidłowe nieprawidłowe

Obrzęki: uogólnione miejscowe stałe okresowe

Omdlenia: TAK NIE

Układ pokarmowy

Cieężar ciała: prawidłowy niedowaga nadwaga

J. ustna: owrzodzona pleśniawki język obłożony inne

Apetyt: prawidłowy wzmożony zmniejszony brak

Pragnienie: prawidłowe wzmożone zmniejszone brak

Wydalenie: prawidłowe zaparcia biegunka inne

Dolegliwości trudności w przełykaniu zgaga odbijanie nudności wymioty wzdęcia inne

Układ moczowo-płciowy

Mocz ilość: norma wielomocz skąpomocz bezmocz

Oddawanie moczu: utrudniony odpływ nietrzymanie pieczenie

Barwa moczu: mętny ropny z domieszką krwi

Cykl miesięczkowy: regularny nieregularny

Krwawienie miesięczkowe bolesne niebolesne obfite mierne skąpe norma Ostatnie badanie ginekologiczne:

Układ ruchu

Poruszanie się: samodzielne ograniczone z pomocą

Ruchomość w stawach: pełna ograniczona

Sprawność fizyczna: dobra ograniczona

Postawa ciała: prawidłowa nieprawidłowa

Inne

Skóra: czysta brudna sucha wilgotna blada zaczerwieniona zażółcona sinicza inna

Odleżyny TAK NIE

Słuch: prawidłowy niedosłyszenie głuchota inne

Wzrok: prawidłowy niedowidzenie ślepota inne

Przytomność: przytomny nieprzytomny senność inne

Dolegliwości bólowe (umiejscowienie, rodzaj):

Alergie: HBS:

Uwagi: Data, pieczętka i podpis pielęgniarki

Zapoznanie z topografią oddziału / regulaminem / prawami Pacjenta.