

Nazwisko i imię .....

Data							
Kategoria opieki							
Ryzyko odleżyn w skali punktowej wg Norton							
PLAN OPIEKI		REALIZACJA OPIEKI					
		D	N	D	N	D	N
Czynności higieniczne / żywienie							
Utrzymanie wentylacji płuc							
Pomiary parametrów							
Zabiegi							
Edukacja i wsparcie							

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


# HISTORIA PIELĘGNOWANIA PEDIATRYCZNA

Załącznik nr 5c do Historii Choroby


Oddział .....		L. ks. gł. / I. ks. oddz.		<div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
Nazwisko: ..... Imię: ..... Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
Wiek: <div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> PESEL: <div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </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: 50px; height: 20px;"></div> wzrost <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div> temperatura <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div> RR <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>					
zabiegi: .....					
badania: EKG <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> inne .....					
<b>OCENA STANU PACJENTKI / WYWIAD</b>					
<b>Społeczny stan pacjenta:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> Warunki życiowe i mieszkaniowe: </div> <div> dobrze <input type="checkbox"/>      średnie <input type="checkbox"/>  pełne <input type="checkbox"/>      niepełne <input type="checkbox"/>  Użytki, nałogi w rodzinie: </div> <div> wym. interwencji <input type="checkbox"/>  brak <input type="checkbox"/> </div> </div>					
<b>Stan Psychiczny:</b> <input type="checkbox"/> spokojne <input type="checkbox"/> niespokojne <input type="checkbox"/> płaczliwe <input type="checkbox"/> nadpobudliwe <b>Świadomość:</b> <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak					
<b>Stan fizyczny: objawy</b>				<b>pomiary / obserwacje / komentarze</b>	
<b>Skóra</b>	<input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> ciemniucha <input type="checkbox"/> wszawica <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> sinicza <input type="checkbox"/> zażółcona <input type="checkbox"/> zaczerwieniona <input type="checkbox"/> uszkodzona <input type="checkbox"/> siniaki <input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> odparzona				
<b>Układ oddechowy</b>	<b>Oddech:</b> <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 <b>Duszność:</b> <input type="checkbox"/> spoczynkowa <input type="checkbox"/> wysiłkowa <b>Kaszel:</b> <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> napadowy <b>Plwocina:</b> <input type="checkbox"/> śluzowa <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> krwista				
<b>Żywienie</b>	<b>Apetyt:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> wzmożony <input type="checkbox"/> zmniejszony <input type="checkbox"/> brak <b>Pragnienie:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> zmniejszone <input type="checkbox"/> brak <b>Dieta:</b>				
<b>Wydalenie</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> inne ..... <b>Zgłasza potrzeby fizjologiczne:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <b>Moczenie nocne:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
<b>Dolegliwości</b>	<input type="checkbox"/> ulewianie <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/> ból (umiejscowienie i rodzaj) ..... .....				
Uwagi:				Data, pieczęć i podpis pielęgniarki	
Zapoznanie z topografią oddziału / regulaminem / prawami Pacjenta.					
Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o regulaminie Oddziału Pediatrycznego.					
Podpis opiekuna przebywającego z dzieckiem na Oddziale* .....					

\* dotyczy opiekunów dzieci w wieku od 0 do 3 roku życia

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 .....

Data .....

pieczętka i podpis pielęgniarки ..... pieczętka i podpis pielęgniarки oddziałowej .....