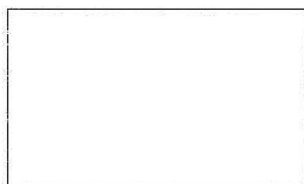


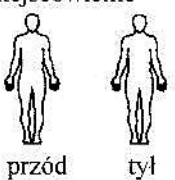
Imię i nazwisko studenta ..... Data .....



## PROCES PIELEGNOWANIA

Oddział .....

| Inicjały pacjenta                                                                    |                       |                                      |                                 | Wiek <input type="text"/> <input type="text"/>                    |                                    | Płeć: K M                       |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Wykształcenie: podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> |                       |                                      |                                 | Średnie <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/>  |                                    |                                 |                               |
| Rodzaj wykonywanej pracy .....                                                       |                       |                                      |                                 | Pobyt w szpitalu: pierwszy <input type="checkbox"/> kolejny ..... |                                    |                                 |                               |
| Tryb przyjęcia: planowy, nagły, przeniesiony z .....                                 |                       |                                      |                                 | Doba hospitalizacji.....Doba po operacji.....                     |                                    |                                 |                               |
| Rozpoznanie lekarskie (polskie)                                                      |                       |                                      |                                 | Dolegliwości przy przyjęciu:                                      |                                    |                                 |                               |
| Grupa krwi ..... Rh ( ..... ) Stwierdzono na podstawie .....(nr badania).....        |                       |                                      |                                 |                                                                   |                                    |                                 |                               |
| Alergie: ..... Nałogi / Przyzwyczajenia: .....                                       |                       |                                      |                                 |                                                                   |                                    |                                 |                               |
| Czynniki ryzyka: ..... Sprzęt pomocniczy: .....                                      |                       |                                      |                                 |                                                                   |                                    |                                 |                               |
| Wyznacznik opieki                                                                    | KATEGORIA I           | KATEGORIA II                         | KATEGORIA III                   | KATEGORIA IV                                                      | Kontakt słowny:                    |                                 |                               |
|                                                                                      | (samodzielny)         | (pomoc przy niektórych czynnościach) | (niesamodzielny)                | (intensywna opieka)                                               | <input type="checkbox"/> zachowany | <input type="checkbox"/> afazja | <input type="checkbox"/> brak |
| Poruszanie się                                                                       | Chodzący              | Większą część czasu spędza w łóżku   | Leżący, sam zmienia pozycję     | Leżący wymaga zmiany pozycji                                      | Orientacja w miejscu i czasie:     |                                 |                               |
| Czynności higieniczne                                                                | Wykonuje samodzielnie | Samodzielny z niewielką pomocą       | Wymaga pomocy                   | Kompletne mycie i pielęgnacja                                     | <input type="checkbox"/> tak       |                                 |                               |
| Odżywianie                                                                           | Samodzielny           | Specjalna dieta                      | Wymaga pomocy                   | Sonda lub żywienie pozajelitowe                                   | <input type="checkbox"/> nie       |                                 |                               |
| Wydalenie                                                                            | Samodzielny           | Prowadzenie do toalety               | Wymaga podawania kaczki, basenu | Cewnik, zanieczyszcza się                                         | Stan psychiczny:                   |                                 |                               |
| Pomiar parametrów życiowych                                                          | Podstawowe            | Podstawowe                           | Podstawowe-dodatkowe            | Karta obserwacji                                                  | <input type="checkbox"/> spokojny  |                                 |                               |
| Orientacja w stanie zdrowia                                                          | Pełna                 | Wybiórcza                            | Nie ma (niewielki zakres)       | Brak                                                              | <input type="checkbox"/> obojętny  |                                 |                               |
|                                                                                      |                       |                                      |                                 |                                                                   | <input type="checkbox"/> pobudzony |                                 |                               |
|                                                                                      |                       |                                      |                                 |                                                                   | <input type="checkbox"/> agresywny |                                 |                               |
|                                                                                      |                       |                                      |                                 |                                                                   | <input type="checkbox"/> zamknięty |                                 |                               |
|                                                                                      |                       |                                      |                                 |                                                                   | <input type="checkbox"/> niepewny  |                                 |                               |
|                                                                                      |                       |                                      |                                 |                                                                   | Akceptacja do hospitalizacji:      |                                 |                               |
|                                                                                      |                       |                                      |                                 |                                                                   | <input type="checkbox"/> tak       |                                 |                               |
|                                                                                      |                       |                                      |                                 |                                                                   | <input type="checkbox"/> nie       |                                 |                               |
| Pacjenta zapoznano z regulaminem i topografią oddziału                               |                       |                                      |                                 | TAK                                                               |                                    | NIE                             |                               |
| Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z prawami pacjenta                               |                       |                                      |                                 |                                                                   |                                    |                                 |                               |
| .....<br>Podpis chorego                                                              |                       |                                      |                                 |                                                                   |                                    |                                 |                               |

| Ocena stanu pacjenta   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Uwagi / obserwacje / komentarze                                    |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| UKŁAD<br>ODDECHOWY     | <b>Oddech:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> przyspieszony <input type="checkbox"/> zwolniony<br><input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> przez usta <input type="checkbox"/> tracheostomia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |
|                        | <b>Plwocina:</b> <input type="checkbox"/> śluzowa <input type="checkbox"/> pienista <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> krwista<br><input type="checkbox"/> zaleganie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |
|                        | <b>Kaszel:</b> <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> napadowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |
|                        | <b>Duszność:</b> <input type="checkbox"/> spoczynkowa <input type="checkbox"/> wysiłkowa <input type="checkbox"/> napadowa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
| UKŁAD<br>KRAŻENIA      | <b>Tętno:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zab. rytmu <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia<br><b>CTK:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |
|                        | <b>Perfuzja obwodowa:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> „zimny pot” <input type="checkbox"/> ochłodzenie<br><input type="checkbox"/> zaczerwienie <input type="checkbox"/> marmurkowa skóra <input type="checkbox"/> inne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |
|                        | <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<br>POKARMOWY     | <b>Ciepota ciała:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowaga <input type="checkbox"/> nadwaga<br><b>Jama ustna:</b> <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> pleśniawki <input type="checkbox"/> język obłożony <input type="checkbox"/> inne<br><b>Apetyt:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> wzmożony <input type="checkbox"/> zmniejszony <input type="checkbox"/> brak<br><b>Pragnienie:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> zmniejszone<br><b>Wydalenie:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> stomia<br><b>Dolegliwości:</b> <input type="checkbox"/> trudności w połykaniu <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> odbijanie<br><input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> wzdęcia |                                                                    |
|                        | <b>Dieta:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |
|                        | <b>Mocz ilość:</b> <input type="checkbox"/> norma <input type="checkbox"/> wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> cewnik, doba.....<br><b>Trudności w oddawaniu moczu:</b> <input type="checkbox"/> utrudniony <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/> nietrzymanie odpływ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |
|                        | <b>Sprzęt pomocniczy:</b> .....<br><b>Cykl miesięczkowy:</b> <input type="checkbox"/> regularny <input type="checkbox"/> nieregularny<br><b>Ostatnie badanie ginekologiczne / urologiczne:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |
| UKŁAD RUCHU            | <b>Sprawność ruchowa:</b> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa <input type="checkbox"/><br><b>wg skali Bartel</b> .....<br><b>Napięcie mięśniowe:</b> <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> przykurcze <input type="checkbox"/> drżenia <input type="checkbox"/> mięśniowe<br><input type="checkbox"/> wiotkie<br><b>Zaburzenia:</b> <input type="checkbox"/> ruchy mimowolne <input type="checkbox"/> niezdolność ruchowa<br><input type="checkbox"/> zaniki mięśniowe <input type="checkbox"/> deformacje stawowe<br><input type="checkbox"/> niedowłady <input type="checkbox"/> amputacje<br><b>Porażenia:</b> <input type="checkbox"/> całkowite <input type="checkbox"/> połowiczne <input type="checkbox"/> obu kończyn<br><input type="checkbox"/> jednokończynowe                                                                                                                                                                                                |                                                                    |
|                        | <b>Wzrok:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/> okulary<br><b>Sluch:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszenie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> aparat słuch.<br><b>Sen:</b> <input type="checkbox"/> bez problemu <input type="checkbox"/> z trudnościami <input type="checkbox"/> zażywa leki<br><b>Stan higieniczny:</b> <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zadowalający <input type="checkbox"/> zły                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    |
|                        | <b>Skóra:</b> <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna<br><input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> wykwity <input type="checkbox"/> siniaki <input type="checkbox"/> pęcherze<br><input type="checkbox"/> uszkodzona <input type="checkbox"/> zażółcona <input type="checkbox"/> zaczerwieniona <input type="checkbox"/> inne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |
|                        | <b>Odleżyny:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> zwiększone ryzyko wystąpienia<br><b>lokalizacja:</b> ..... <b>stopień(wg skali Norton)</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |
| DOLEGLIWOŚCI<br>BÓŁOWE | umiejscowienie<br><br>przód      tył                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | charakter .....<br>.....<br>nasilenie .....<br>.....<br>inne ..... |
|                        | <b>KATEGORYZACJA PACJENTA</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>Data i podpis studenta</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |

## ODDZIAŁ

## ZABIEGI I CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNE

## Inicjały .....

[illegible]

|                                          |                                 |                      |                                  |
|------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| Opis i ocena stanu pacjenta przy wypisie |                                 |                      |                                  |
|                                          |                                 |                      |                                  |
| Data wypisu                              | Kategoria pacjenta przy wypisie | Podpis pielęgniarzki | Podpis pielęgniarzki oddziałowej |

|                                                                    |                                                                                                         |  |                                  |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|
| Oddział                                                            | Wskazówki pielęgniarzkie (przy wypisie ze szpitala) dla pacjenta, rodziny, pielęgniarzki środowiskowej* |  |                                  |
| Imię i nazwisko                                                    |                                                                                                         |  | Data urodzenia                   |
| Adres zamieszkania                                                 |                                                                                                         |  |                                  |
| Adres poradni rejonowej/lekarz rodzinny/pielęgniarzka środowiskowa |                                                                                                         |  |                                  |
|                                                                    |                                                                                                         |  |                                  |
| Data                                                               | Podpis pielęgniarzki udzielającej wskazówek                                                             |  | Podpis pielęgniarzki oddziałowej |

| Tabela Procesu Pielęgowania              |                                   |          |                 |          |             |               | Data:      |
|------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-----------------|----------|-------------|---------------|------------|
| I Etap - Ocena                           | Problem<br>(aktualny/potencjalny) |          |                 |          |             |               |            |
|                                          | Etiologia (przyczyny problemu)    |          |                 |          |             |               |            |
|                                          | Syndrom (objawy)                  |          |                 |          |             |               |            |
| PLAN / OSIE                              | Przedmiot (F)                     | Osąd (J) | Lokalizacja (L) | Czas (T) | Klient (C ) | Działania (A) | Środki (M) |
| II Etap -<br>Diagnoza (DC)<br>(kod ICNP) |                                   |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |                                   |          |                 |          |             |               |            |
| Cel                                      |                                   |          |                 |          |             |               |            |
| III Etap -<br>Interwencję<br>(kod ICNP)  |                                   |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |                                   |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |                                   |          |                 |          |             |               |            |
| IV Etap -<br>Implementacja               |                                   |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |                                   |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |                                   |          |                 |          |             |               |            |
| V Etap -<br>Ewaluacja<br>(kod ICNP)      |                                   |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |                                   |          |                 |          |             |               |            |

**Tabela Procesu Pielęgowania wg WHO**

|                       |          |                                                                                   |  |  |
|-----------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| I Etap Rozpoznanie    | Diagnoza | Rozpoznanie                                                                       |  |  |
|                       |          | *Rozpoznanie pielęgniarskie/ocena w zakresie stanu bio-psych-społecznego pacjenta |  |  |
|                       |          | P – Problem pielęgnacyjny (aktualny/potencjalny)                                  |  |  |
|                       |          | E – Etiologia (przyczyny problemu)                                                |  |  |
|                       |          | S – Syndrom (przejawiane objawy/skutek)                                           |  |  |
| Cel                   |          |                                                                                   |  |  |
| II Etap - Planowanie  |          |                                                                                   |  |  |
|                       |          |                                                                                   |  |  |
|                       |          |                                                                                   |  |  |
|                       |          |                                                                                   |  |  |
| III Etap - Realizacja |          |                                                                                   |  |  |
|                       |          |                                                                                   |  |  |
|                       |          |                                                                                   |  |  |
|                       |          |                                                                                   |  |  |
| IV Etap - Ocena       |          |                                                                                   |  |  |

Tabela Procesu Pielęgowania – autor dr Piotr Janiewicz, prof. PSW, Powiślańska Szkoła Wyższa

**Tabela Planu Opieki wg ICNP**

|                                          |               |          |                 |          |             |               |            |
|------------------------------------------|---------------|----------|-----------------|----------|-------------|---------------|------------|
| I Etap - Ocena                           |               |          |                 |          |             |               |            |
| PLAN / OSIE                              | Przedmiot (F) | Osąd (J) | Lokalizacja (L) | Czas (T) | Klient (C ) | Działania (A) | Środki (M) |
| II Etap -<br>Diagnoza (DC)<br>(kod ICNP) |               |          |                 |          |             |               |            |
| III Etap -<br>Interwencję<br>(kod ICNP)  |               |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |               | X        |                 |          |             |               |            |
|                                          |               | X        |                 |          |             |               |            |
| IV Etap -<br>Implementacja               |               |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |               |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |               |          |                 |          |             |               |            |
| V Etap -<br>Ewaluacja<br>(kod ICNP)      |               |          |                 |          |             |               |            |
|                                          |               |          |                 |          |             |               |            |

Tabela Planu Opieki wg ICNP – do ćwiczeń z podstaw pielęgniarstwa i pielęgniarstwa chirurgicznego; autor dr Piotr Janiewicz, prof. PSW, Powiślańska Szkoła Wyższa

### Tabela Proceasu Pielęgowania

|                              |                    |                                                                                   |  |
|------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>I Etap Rozpoznanie</b>    | <b>Rozpoznanie</b> |                                                                                   |  |
|                              |                    | *Rozpoznanie pielęgniarzkie/ocena w zakresie stanu bio-psych-społecznego pacjenta |  |
|                              | <b>Diagnoza</b>    | P – Problem pielęgnacyjny (aktualny/potencjalny)                                  |  |
|                              |                    | E – Etiologia (przyczyny problemu)                                                |  |
|                              |                    | S – Syndrom (przejawiane objawy/skutek)                                           |  |
| <b>Cel</b>                   |                    |                                                                                   |  |
| <b>II Etap - Planowanie</b>  |                    |                                                                                   |  |
|                              |                    |                                                                                   |  |
|                              |                    |                                                                                   |  |
|                              |                    |                                                                                   |  |
| <b>III Etap - Realizacja</b> |                    |                                                                                   |  |
|                              |                    |                                                                                   |  |
|                              |                    |                                                                                   |  |
|                              |                    |                                                                                   |  |
| <b>IV Etap - Ocena</b>       |                    |                                                                                   |  |

Tabela Proceasu Pielęgowania – wersja pilotażowa do ćwiczeń z pielęgniarstwa chirurgicznego; autor dr Piotr Janiewicz, prof. PSW, Powiślańska Szkoła Wyższa