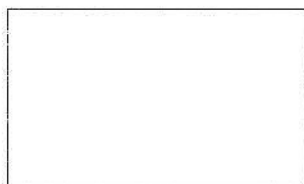


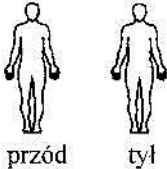
Imię i nazwisko studenta Data



PROCES PIELEGNOWANIA

Oddział

Inicjały pacjenta				Wiek		Płeć: K M	
Wykształcenie: podstawowe ☐ zawodowe ☐				Średnie ☐ wyższe ☐			
Rodzaj wykonywanej pracy				Pobyt w szpitalu: pierwszy ☐ 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)	☐ zachowany	☐ afazja	☐ 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	☐ tak	☐ nie	Stan psychiczny:
Odżywianie	Samodzielny	Specjalna dieta	Wymaga pomocy	Sonda lub żywienie pozajelitowe	☐ spokojny	☐ obojętny	
Wydalenie	Samodzielny	Prowadzenie do toalety	Wymaga podawania kaczki, basenu	Cewnik, zanieczyszcza się	☐ pobudzony	☐ agresywny	
Pomiar parametrów życiowych	Podstawowe	Podstawowe	Podstawowe-dodatkowe	Karta obserwacji	☐ zamknięty	☐ niepewny	
Orientacja w stanie zdrowia	Pełna	Wybiórcza	Nie ma (niewielki zakres)	Brak	Akceptacja do hospitalizacji:		
					☐ tak	☐ nie	
Pacjenta zapoznano z regulaminem i topografią oddziału				TAK		NIE	
Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z prawami pacjenta							
..... Podpis chorego							

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

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