

PROCES PIELEGNOWANIA Karta wywiadu dziecka

Oddział.....				Wiek.....			
DataNr ks. Gł.....				PESEL			
Nazwisko..... Imię.....				Data urodzenia.....			
Adres.....				Telefon.....			
Parametry przy przyjęciu: Waga.....				Wzrost.....		RR.....	
Tętno.....							
Rozpoznanie wstępne.....				Rozpoznanie ostateczne.....			
Tryb przyjęcia: planowy ☐ nagły ☐ ze wskazań życiowych ☐ inne ☐							
Planowany zabieg operacyjny lub diagnostyczny.....							
Dieta dziecka w domu				Stan skóry			
Karmienie: piersią ☐ kieliszkiem ☐ łyżeczką ☐ mieszankami ☐ ścisła ☐ do sondy ☐							
płynna ☐ papkowata ☐ D1 ☐ D2 ☐ inne ☐							
Dieta zlecona.....							
Wywiad dotyczący dziecka				HBS ☐			
Warunki domowe: jakie.....				Rodzeństwo: TAK ☐ NIE ☐ ile.....			
Przebyte operacje: TAK ☐ NIE ☐ Jakie.....				Przebyte choroby zakaźne: TAK ☐ NIE ☐			
				Wady wrodzone: TAK ☐ NIE ☐			
Stała opieka lekarska – specjalistyczna: TAK ☐ NIE ☐ powód:							
Wiedza rodziców lub osoby opiekującej się na temat stanu zdrowia dziecka: dobra ☐ średnia ☐ niewiedza ☐				Reakcja dziecka na hospitalizację: poinformowany ☐ nie poinformowany ☐ akceptacja ☐ nie akceptacja ☐			
Alergie, nietolerancje: TAK ☐ NIE ☐ jakie:							
Aktualnie przyjmowane leki TAK ☐ NIE ☐ jakie:							
Uwagi							
Nawyki i przyzwyczajenia dziecka:							
Zainteresowania dziecka:							
OCENA SPRAWNOŚCI DZIECKA							
	Przyjęcie			Wypis			Stan psychiczny
	I	II	III	I	II	III	Komunikowanie, kontakt, mowa, zachowanie, nastrój, pamięć, uwaga, inne...
Poruszanie się							Uwagi i inne problemy:
Siadanie							
Chodzenie							
Jedzenie, picie							
Mycie, czesanie							
Potrzeby fizjologiczne							
Organizacja czasu wolnego							
I – Samodzielnie II – Ograniczone III – Uzależnione od opiekuna							Podpis pielęgniarki opiekującej się dzieckiem
							Data
							Podpis pielęgniarki oddziałowej
Pacjenta (rodzica – opiekuna) zapoznano z regulaminem i topografią oddziału: TAK ☐ NIE ☐							
Zapoznałem (łam) się z prawami pacjenta..... (podpis chorego)							

	Objawy / elementy oceny	Uwagi / obserwacje / komentarze
Układ oddechowy	Oddech: ☐ prawidłowy ☐ przyspieszony ☐ zwolniony ☐ spłycony ☐ pogłębiony ☐ stridor	
	Tor oddechu: ☐ piersiowy ☐ brzuszny ☐ mieszany	
	Ruch klatki piersiowej: ☐ symetryczne ☐ niesymetryczne	
	Plwocina: ☐ śluzowa ☐ pienista ☐ ropna ☐ krwista	
	Kaszel: ☐ suchy ☐ wilgotny ☐ stały ☐ napadowy ☐ efektywny ☐ nieefektywny ☐ tak ☐ nie	
	Dusznosc: ☐ spoczynkowa ☐ wysiłkowa ☐ tak ☐ nie	
	Układ krążenia	
CTK: ☐ prawidłowe ☐ stabilne ☐ podwyższone ☐ obniżone		
Perfuzja obwodowa: ☐ prawidłowa ☐ zaburzona ☐ „zimny pot” ☐ ochłodzenie obwodowe ☐ skóra marmurkowa		
Obrzęki: ☐ uogólnione ☐ miejscowe ☐ tak ☐ nie		
Omdlenia: ☐ tak ☐ nie		
Układ pokarmowy	Ciężar ciała: ☐ prawidłowy ☐ niedowaga ☐ nadwaga	
	Jama ustna: ☐ prawidłowa ☐ pleśniawki ☐ owrzodzona ☐ język obłożony	
	Brzuch: ☐ miękki ☐ płaski ☐ rozdęty ☐ twardy	
	Wydalenie: ☐ prawidłowe ☐ zaparcia ☐ biegunka ☐ inne	
	Dolegliwości: ☐ trudności w połykaniu ☐ zgaga ☐ odbijanie ☐ nudności ☐ wymioty ☐ wzdęcia	
Układ moczowo-płciowy	Mocz ilość: ☐ norma ☐ wielomocz ☐ skąpomocz ☐ bezmocz	
	Trudności w oddawaniu moczu: ☐ utrudniony odpływ ☐ pieczenie	
	Przetoki moczowodowo-skinne: ☐ tak ☐ prawa ☐ lewa ☐ nie	
	Krwawienie miesiaczkowe: ☐ tak ☐ bolesne ☐ niebolesne ☐ obfite ☐ mierne ☐ skape	
Układ mięśn.-szkieletowy	Poruszanie się: ☐ samodzielne ☐ ograniczone ☐ z pomocą	
	Ruchomość w stawach: ☐ pełna ☐ ograniczona	
	Sprawność fizyczna: ☐ dobra ☐ ograniczona	
	Postawa ciała: ☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa	
	Inne: ☐ obrzęki ☐ unieruchomienia	
Inne	Wzrok: ☐ prawidłowy ☐ niedowidzenie ☐ ślepotą	
	Słuch: ☐ prawidłowy ☐ niedosłyszenie ☐ głuchota	
	Skóra: ☐ czysta ☐ brudna ☐ sucha ☐ wilgotna ☐ biała ☐ uszkodzona ☐ zażółcona ☐ siniczna ☐ zaczerwieniona ☐ zmiany	
	Odleginy: ☐ tak ☐ nie ☐ zwiększone ryzyko wystąpienia	
	Świadomość: ☐ zorientowany ☐ zamroczony ☐ splątany ☐ nieprzytomny ☐ śpiączka	
Dolegliwości bólowe	Dolegliwości bólowe:	
	  Przód Tył	
	Charakter..... Nasilenie..... Inne.....	

Zabiegi i czynności pielęgnacyjne

[illegible]

Wskazania pielęgnacyjne (przy wypisie dziecka)

Zalecenia:

Inne zalecenia:

Data _____ Podpis pielęgniarki _____

Data _____ Podpis pielęgniarki oddziałowej _____