

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

MIEJSCE NA NAZWĘ I ADRES  
JEDNOSTKI MEDYCZNEJ

## 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	<b>Kontakt słowny:</b> <input type="checkbox"/> zachowany <input type="checkbox"/> afazja <input type="checkbox"/> brak
	(samodzielny)	(pomoc przy niektórych czynnościach)	(niesamodzielny)	(intensywna opieka)	
Poruszanie się	Chodzący	Większą część czasu spędza w łóżku	Leżący, sam zmienia pozycję	Leżący wymaga zmiany pozycji	<b>Orientacja w miejscu i czasie:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czynności higieniczne	Wykonuje samodzielnie	Samodzielny z niewielką pomocą	Wymaga pomocy	Kompletne mycie i pielęgnacja	
Odżywianie	Samodzielny	Specjalna dieta	Wymaga pomocy	Sonda lub żywienie pozajelitowe	<b>Stan psychiczny:</b> <input type="checkbox"/> spokojny <input type="checkbox"/> obojętny <input type="checkbox"/> pobudzony <input type="checkbox"/> agresywny
Wydalenie	Samodzielny	Prowadzenie do toalety	Wymaga podawania kaczki, basenu	Cewnik, zanieczyszcza się	
Pomiar parametrów życiowych	Podstawowe	Podstawowe	Podstawowe-dodatkowe	Karta obserwacji	<input type="checkbox"/> zamknięty <input type="checkbox"/> niepewny <b>Akceptacja do hospitalizacji:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Orientacja w stanie zdrowia	Pełna	Wybiórcza	Nie ma (niewielki zakres)	Brak	
Pacjenta zapoznano z regulaminem i topografią oddziału				TAK	NIE
Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z prawami pacjenta					
..... Podpis chorego					

Wywiad rodzinny, środowiskowy, chorobowy -leczenie przed hospitalizacją(leki i suplementy-nazwa i dawkowanie), aktualny stan zdrowia, dolegliwości przy przyjęciu, choroby współistniejące, opis leczenia diagnostycznego, farmakologicznego, dietetycznego:

Sytuacja rodzinno-społeczna

Rodzina : Pełna  Niepełna  Wielopokoleniowa

Wydolność opiekuńcza:

Brak wydolności czasowej  Brak zaangażowania  Brak możliwości fizycznych

Sytuacja materialno-bytowa:

warunki mieszkaniowe dobre  złe  występują niedogodności.....

Sytuacja materialna : dobra  zadawalająca  zła

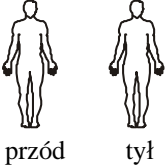
Osoba zajmująca się pacjentem.....

Zwierzęta w domu.....

Problemy w rodzinie: Nie  Tak  jakie?.....

Nałogi: nikotyna  alkohol  narkotyki  dopalacze  leki

Choroby przewlekłe w rodzinie: Nie  Tak  jakie?.....

	Ocena stanu pacjenta	Uwagi / obserwacje / komentarze
UKŁAD ODDECHOWY	<b>Oddech:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> przyspieszony <input type="checkbox"/> zwolniony <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 <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 KRĄŻENIA	<b>Tętno:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zab. rytmu <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia	
	<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 <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 POKARMOWY	<b>Ciężar ciała:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowaga <input type="checkbox"/> nadwaga	
	<b>Jama ustna:</b> <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> pleśniawki <input type="checkbox"/> język obłożony <input type="checkbox"/> inne	
	<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	
	<b>Wydalenie:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> stomia	
	<b>Dolegliwości:</b> <input type="checkbox"/> trudności w połykaniu <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> odbijanie <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> wzdęcia	
UKŁAD MOCZOWO- PĘCIOWY	<b>Mocz ilość:</b> <input type="checkbox"/> norma <input type="checkbox"/> wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> cewnik, doba.....	
	<b>Trudności w oddawaniu moczu:</b> <input type="checkbox"/> utrudniony <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/> nietrzymanie odpływu	
	Sprzęt pomocniczy:.....	
	<b>Cykl miesięczkowy:</b> <input type="checkbox"/> regularny <input type="checkbox"/> nieregularny	
	<b>Ostatnie badanie ginekologiczne / urologiczne:</b>	
UKŁAD RUCHU	<b>Sprawność ruchowa:</b> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa <input type="checkbox"/> wg skali Bartel.....	
	<b>Napięcie mięśniowe:</b> <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> przykurcze <input type="checkbox"/> drżenia <input type="checkbox"/> mięśniowe <input type="checkbox"/> wiotkie	
	<b>Zaburzenia:</b> <input type="checkbox"/> ruchy mimowolne <input type="checkbox"/> niezborność ruchowa <input type="checkbox"/> zaniki mięśniowe <input type="checkbox"/> deformacje stawowe <input type="checkbox"/> niedowłady <input type="checkbox"/> amputacje	
	<b>Porażenia:</b> <input type="checkbox"/> całkowite <input type="checkbox"/> połowiczne <input type="checkbox"/> obu kończyn <input type="checkbox"/> jednokończynowe	
INNE	<b>Wzrok:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/> okulary	
	<b>Sluch:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszenie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> aparat słuch.	
	<b>Sen:</b> <input type="checkbox"/> bez problemu <input type="checkbox"/> z trudnościami <input type="checkbox"/> zażywa leki	
	<b>Stan higieniczny:</b> <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zadawalający <input type="checkbox"/> zły	
	<b>Skóra:</b> <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/> blada <input type="checkbox"/> wykwity <input type="checkbox"/> siniaki <input type="checkbox"/> pęcherze <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 <b>lokalizacja:.....stopień(wg skali Norton).....</b>	
DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE	umieszczenie  przód      tył	charakter ..... ..... nasilenie ..... ..... inne .....
	KATEGORYZACJA PACJENTA	
	Data i podpis studenta <span style="float: right; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px;"></span>	

Imię i nazwisko .....		Oddział .....		Nr arkusza .....	
Data	Problem opiekuńczy	Cel działania	Realizacja opieki pielęgniarskiej	Ocena działań pielęgniarskich	Podpis studenta

Imię i nazwisko .....		Oddział .....		Nr arkusza .....	
Data	Problem opiekuńczy	Cel działania	Realizacja opieki pielęgniarskiej	Ocena działań pielęgniarskich	Podpis studenta

Imię i nazwisko .....		Oddział .....		Nr arkusza .....	
Data	Problem opiekuńczy	Cel działania	Realizacja opieki pielęgniarskiej	Ocena działań pielęgniarskich	Podpis studenta

**ODDZIAŁ**

**ZABIEGI I CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNE**

Inicjały .....

ZABIEGI I CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNE	DATA														
	Dyżur	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Zmiana bielizny pościelowej lub pomoc															
Zmiana bielizny osobistej lub pomoc															
Słanie łóżka															
Toaleta ciała lub pomoc															
Kąpiel / mycie włosów / czesanie															
Toaleta jamy ustnej															
Obcięcie paznokci															
Golenie															
Podmycie po zanieczyszczeniu															
Zmiana pozycji ułożeniowej															
Uruchomienie lub pomoc															
Zabezpieczenie pacjenta w łóżku															
Nacieranie, oklepywanie															
Stosowanie udogodnień															
Karmienie lub pomoc															
Karmienie przez zgłębnik															
Karmienie przez przetokę															
Pojenie lub pomoc															
Odbarczanie treści żołądkowej															
Założenie wkłucia															
Pielęgnacja miejsca wkłucia															
Cewnikowanie, zmiana cewnika															
Pielęgnacja anusa															
Odśluzowanie dróg oddechowych															
Toaleta drzewa oskrzelowego															
Drenaż ułożeniowy															
Pielęgnacja zmian na skórze															
.....															
Pielęgnacja rany pooperacyjnej															
Przygotowanie psych. do badań, zabiegów															
Pomiar podstaw. parametrów życiowych															
Ocena stanu pacjenta /Kategoryzacja/															
Podpis studenta															
Podpis opiekuna															

**WSKAZÓWKI  
PIELĘGNIARSKIE**

Wskazówki pielęgniarские do dalszej opieki ustalone w oparciu o diagnozę pielęgniarскую i ocenę dotychczasowych działań pielęgniarских

Data wypisu:	Podpis studenta udzielającego wskazówek	
--------------	---	--

Ocena.....

Podpis opiekuna praktyki.....

Data.....