

**CARE PLAN PROCES PIELĘGNOWANIA Child's information sheet Karta historii dziecka**

Ward <i>Oddział</i> .....		Age <i>Wiek</i> .....
Date <i>Data</i> .....		PESEL .....
General ledger number <i>Nr ks. Gł.</i> .....		
Surname <i>Nazwisko</i> ..... Name <i>Imię</i> .....		
Date of birth <i>Data urodzenia</i> .....		
Address <i>Adres</i> .....		
Phone number <i>Telefon</i> .....		
Parameters on admission <i>Parametry przy przyjęciu</i> : Weight <i>Waga</i> ..... Height <i>Wzrost</i> .....		
RR..... HR <i>Tętno</i> .....		
Preliminary diagnosis <i>Rozpoznanie wstępne</i>	Final diagnosis <i>Rozpoznanie ostateczne</i>	
.....	.....	
.....	.....	
Mode of hospital admission <i>Tryb przyjęcia</i> : planned <i>planowy</i> <input type="checkbox"/> emergency <i>nagły</i> <input type="checkbox"/>		
of life indications <i>ze wskazań życiowych</i> <input type="checkbox"/> others <i>inne</i> <input type="checkbox"/> .....		
Planned surgery or diagnostic procedure <i>Planowany zabieg operacyjny lub diagnostyczny</i>		
.....		
.....		
Child's diet at home <i>Dieta dziecka w domu</i>	Skin condition <i>Stan skóry</i>	
.....	.....	
Feeding <i>Karmienie</i> : breastfeeding <i>piersią</i> <input type="checkbox"/> by the glass <i>kieliszkiem</i> <input type="checkbox"/> by the spoon <i>łyżeczką</i> <input type="checkbox"/>		
mixfeeding <i>mieszkami</i> <input type="checkbox"/> strict <i>ścista</i> <input type="checkbox"/> to the probe <i>do sondy</i> <input type="checkbox"/>		
liquid <i> płynna</i> <input type="checkbox"/> soft food <i> papkowata</i> <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> others <i>inne</i> <input type="checkbox"/> .....		
Recommended diet <i>Dieta zlecona</i>		
.....		
<b>Child's interview</b> <i>Wywiad dotyczący dziecka</i>	HBS <input type="checkbox"/>	
Home conditions <i>Warunki domowe</i> :	Siblings <i>Rodzeństwo</i> : YES <i>TAK</i> <input type="checkbox"/> NO <i>NIE</i> <input type="checkbox"/>	
.....	how many <i>ile?</i> .....	
Operations <i>Przebyte operacje</i> : YES <i>TAK</i> <input type="checkbox"/>	Infectious diseases <i>Przebyte choroby zakaźne</i> : YES <i>TAK</i> <input type="checkbox"/>	
NO <i>NIE</i> <input type="checkbox"/>	NO <i>NIE</i> <input type="checkbox"/>	
What <i>Jakie</i> .....	Congenital defects <i>Wady wrodzone</i> : YES <i>TAK</i> <input type="checkbox"/>	
	NO <i>NIE</i> <input type="checkbox"/>	
Permanent medical – specialist care <i>Stać opiekę lekarską – specjalistyczną</i> : YES <i>TAK</i> <input type="checkbox"/> NO <i>NIE</i> <input type="checkbox"/>		
Reason <i>powód</i> : .....		
Parents' or caregiver's knowledge of the child's condition <i>Wiedza rodziców lub osoby opiekującej się na temat stanu zdrowia dziecka</i> :	The child's reaction to hospitalization <i>Reakcja dziecka na hospitalizację</i> :	
good <i>dobra</i> <input type="checkbox"/> average <i>średnia</i> <input type="checkbox"/>	informed <i>poinformowany</i> <input type="checkbox"/>	
ignorance <i>niewiedza</i> <input type="checkbox"/>	uninformed <i>nie poinformowany</i> <input type="checkbox"/>	
	acceptance <i>akceptacja</i> <input type="checkbox"/> unacceptance <i>nie akceptacja</i> <input type="checkbox"/>	
Allergies, intolerances <i>Alergie, nietolerancje</i> : YES <i>TAK</i> <input type="checkbox"/> NO <i>NIE</i> <input type="checkbox"/>		
what <i>jakie</i> : .....		
Current taken medications <i>Aktualnie przyjmowane leki</i> YES <i>TAK</i> <input type="checkbox"/> NO <i>NIE</i> <input type="checkbox"/>		
what <i>jakie</i> : .....		
Comments		
<i>Uwagi</i> :.....		

**CARE PLAN PROCES PIELĘGNOWANIA Child's information sheet Karta historii dziecka**

Child's habits and routines *Nawyki i przyzwyczajenia dziecka*:  
 .....  
 Child's interests *Zainteresowania dziecka*:  
 .....

**ASSESSMENT OF CHILD'S PERFORMANCE OCENA SPRAWNOŚCI DZIECKA**

	Admission <i>Przyjęcie</i>			Discharge <i>Wypis</i>			Mental condition <i>Stan psychiczny</i>		
	I	II	III	I	II	III			
Moving <i>Poruszanie się</i>							Communication, contact, speech, behavior, mood, memory, attention, others.. <i>Komunikowanie, kontakt, mowa, zachowanie, nastrój, pamięć, uwaga, inne...</i>		
Sitting <i>Siadanie</i>									
Walking <i>Chodzenie</i>									
Eating, drinking <i>Jedzenie, picie</i>									
Washing, combing <i>Mycie, czesanie</i>									
Physiological needs <i>Potrzeby fizjologiczne</i>									
Free time organization <i>Organizacja czasu wolnego</i>							Comments, other issues: <i>Uwagi i inne problemy</i> :		
I – Independently <i>Samodzielnie</i> II – Limited <i>Ograniczone</i> III – Dependent on caregiver <i>Uzależnione od opiekuna</i>							Signature of the nurse caring for the child <i>Podpis pielęgniarki opiekującej się dzieckiem</i>	Date <i>Data</i>	Signature of ward nurse <i>Podpis pielęgniarki oddziałowej</i>

The patient (parent-guardian) was familiarized with the rules and topography of the ward  
*Pacjenta (rodzica – opiekuna) zapoznano z regulaminem i topografią oddziału:* YES TAK  NO NIE   
 I have familiarized myself with the rights of the patient  
*Zapoznałem (łam) się z prawami pacjenta.....*  
 (patient's signature *podpis chorego*)

**CARE PLAN PROCES PIELĘGNOWANIA Child's information sheet Karta wywiadu dziecka**

	Symptoms/evaluation elements <i>Objawy / elementy oceny</i>	Comments/observations <i>Uwagi / obserwacje / komentarze</i>
	<b>Respiratory system Uktad oddechowy</b>	Breath <i>Oddech</i> : proper <i>prawidłowy</i> <input type="checkbox"/> accelerated <i>przyśpieszony</i> <input type="checkbox"/> slowed <i>zwolniony</i> <input type="checkbox"/> flattened <i>s płycny</i> <input type="checkbox"/> deepened <i> pogłębiony</i> <input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/>
Breathing pathways <i>Tor oddechu</i> : thoracic <i>piersiowy</i> <input type="checkbox"/> abdominal <i>brzuszny</i> <input type="checkbox"/> mixed <i>mieszany</i> <input type="checkbox"/>		
Chest movement <i>Ruch klatki piersiowej</i> : symmetrical <i>symetryczne</i> <input type="checkbox"/> asymmetrical <i>niesymetryczne</i> <input type="checkbox"/>		
Sputum <i>Plwocina</i> : mucous <i>śluzowa</i> <input type="checkbox"/> foamy <i>pienista</i> <input type="checkbox"/> purulent <i>ropna</i> <input type="checkbox"/> bloody <i>krwista</i> <input type="checkbox"/>		
Cough <i>Kaszel</i> : dry <i>suchy</i> <input type="checkbox"/> wet <i>wilgotny</i> <input type="checkbox"/> constant <i>stały</i> <input type="checkbox"/> paroxysmal <i>napadowy</i> <input type="checkbox"/> effective <i>efektywny</i> <input type="checkbox"/> ineffective <i>nieefektywny</i> <input type="checkbox"/> yes <i>tak</i> <input type="checkbox"/> no <i>nie</i> <input type="checkbox"/>		
Dyspnea <i>Duszność</i> : resting <i>spoczynkowa</i> <input type="checkbox"/> exertional <i>wysiłkowa</i> <input type="checkbox"/> yes <i>tak</i> <input type="checkbox"/> no <i>nie</i> <input type="checkbox"/>		

**CARE PLAN PROCES PIELĘGNOWANIA Child's information sheet Karta historii dziecka**

<p><b>Cardiovascular system</b> Układ krążenia</p>	<p>Pulse <i>Tętno</i>: proper <i>prawidłowe</i> <input type="checkbox"/> arrhythmias <i>zab. rytmu</i> <input type="checkbox"/> bradycardia <i>bradykardia</i> <input type="checkbox"/> tachycardia <i>tachykardia</i> <input type="checkbox"/></p> <p>BP <i>CTK</i>: proper <i>prawidłowe</i> <input type="checkbox"/> stable <i>stabilne</i> <input type="checkbox"/> increased <i>podwyższone</i> <input type="checkbox"/> lowered <i>obniżone</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Peripheral perfusion <i>Perfuzja obwodowa</i>: proper <i>prawidłowa</i> <input type="checkbox"/> impaired <i>zabuzona</i> <input type="checkbox"/> cold sweat's „<i>zimny pot</i>” <input type="checkbox"/> peripheral cooling <i>ochłodzenie obwodowe</i> <input type="checkbox"/> marbled skin <i>skóra marmurkowa</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Swellings <i>Obrzęki</i>: general <i>uogólnione</i> <input type="checkbox"/> local <i>miejscowe</i> <input type="checkbox"/> yes <i>tak</i> <input type="checkbox"/> no <i>nie</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Fainting <i>Omdlenia</i>: yes <i>tak</i> <input type="checkbox"/> no <i>nie</i> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Digestive system</b> Układ pokarmowy</p>	<p>Body weight <i>Ciężar ciała</i>: proper <i>prawidłowy</i> <input type="checkbox"/> underweight <i>niedowaga</i> <input type="checkbox"/> overweight <i>nadwaga</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Mouth <i>Jama ustna</i>: proper <i>prawidłowa</i> <input type="checkbox"/> thrush <i>pleśniawki</i> <input type="checkbox"/> ulcerated <i>owrzodzona</i> <input type="checkbox"/> coated tongue <i>język obłożony</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Abdomen <i>Brzuch</i>: soft <i>miękki</i> <input type="checkbox"/> flat <i> płaski</i> <input type="checkbox"/> bloated <i>rozdęty</i> <input type="checkbox"/> hard <i>twardy</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Excretion <i>Wydalenie</i>: proper <i>prawidłowe</i> <input type="checkbox"/> constipation <i>zaparcia</i> <input type="checkbox"/> diarrhoea <i>biegunka</i> <input type="checkbox"/> others <i>inne</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Ailments <i>Dolegliwości</i>: difficulty in swallowing <i>trudności w połykaniu</i> <input type="checkbox"/> heartburn <i>zgaga</i> <input type="checkbox"/> belching <i>odbijanie</i> <input type="checkbox"/> nausea <i>nudności</i> <input type="checkbox"/> vomit <i>wymioty</i> <input type="checkbox"/> bloating <i>wzdęcia</i> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Genitourinary system</b> Układ moczowo-płciowy</p>	<p>Amount of urine <i>Mocz ilość</i>: norm <i>norma</i> <input type="checkbox"/> polyuria <i>wielomocz</i> <input type="checkbox"/> oliguria <i>skąpomocz</i> <input type="checkbox"/> anuria <i>bezmocz</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Difficulties in urination <i>Trudności w oddawaniu moczu</i>: difficult <i>utrudniony</i> <input type="checkbox"/> outflow <i>odpływ</i> <input type="checkbox"/> burning <i>pieczenie</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Ureteral fistulas <i>Przetoki moczowodowo-skinne</i>: yes <i>tak</i> <input type="checkbox"/> right <i>prawa</i> <input type="checkbox"/> left <i>lewa</i> <input type="checkbox"/> no <i>nie</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Menstrual bleeding <i>Krwawienie miesięczkowe</i>: yes <i>tak</i> <input type="checkbox"/> painful <i>bolesne</i> <input type="checkbox"/> not painful <i>niebolesne</i> <input type="checkbox"/> heavy <i>obfite</i> <input type="checkbox"/> mediocre <i>mierne</i> <input type="checkbox"/> scarce <i>skąpe</i> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Musculoskeletal system</b> Układ mięśn.-szkieletowy</p>	<p>Moving <i>Poruszanie się</i>: independent <i>samodzielne</i> <input type="checkbox"/> limited <i>ograniczone</i> <input type="checkbox"/> with help <i>z pomocą</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Joint mobility <i>Ruchomość w stawach</i>: full <i>pełna</i> <input type="checkbox"/> limited <i>ograniczona</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Physical fitness <i>Sprawność fizyczna</i>: good <i>dobra</i> <input type="checkbox"/> limited <i>ograniczona</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Body posture <i>Postawa ciała</i>: correct <i>prawidłowa</i> <input type="checkbox"/> incorrect <i>nieprawidłowa</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Others <i>Inne</i>: swelling <i>obrzęki</i> <input type="checkbox"/> immobilize <i>unieruchomienia</i> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Inne Others</b></p>	<p>Vision <i>Wzrok</i>: correct <i>prawidłowy</i> <input type="checkbox"/> amblyopia <i>niedowidzenie</i> <input type="checkbox"/> blindness <i>ślepotą</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Hearing <i>Słuch</i>: correct <i>prawidłowy</i> <input type="checkbox"/> deficiency <i>niedosłyszenie</i> <input type="checkbox"/> deafness <i>głuchota</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Skin <i>Skóra</i>: clear <i>czysta</i> <input type="checkbox"/> dirty <i>brudna</i> <input type="checkbox"/> dry <i>sucha</i> <input type="checkbox"/> wet <i>wilgotna</i> <input type="checkbox"/> pale <i>blada</i> <input type="checkbox"/> damaged <i>uszkodzona</i> <input type="checkbox"/> jaundiced <i>żółtaczona</i> <input type="checkbox"/> blue <i>siniczna</i> <input type="checkbox"/> reddened <i>zaczerwieniona</i> <input type="checkbox"/> lesion <i>zmiany</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Bedsore <i>Odleżyny</i>: yes <i>tak</i> <input type="checkbox"/> no <i>nie</i> <input type="checkbox"/> increased risk <i>zwiększone ryzyko wystąpienia</i></p> <p>Awareness <i>Świadomość</i>: oriented <i>zorientowany</i> <input type="checkbox"/> dazed <i>zamroczone</i> <input type="checkbox"/> entangled <i>splątany</i> <input type="checkbox"/> unconscious <i>nieprzytomny</i> <input type="checkbox"/> coma <i>śpiączka</i> <input type="checkbox"/></p>	







**Nursing process table**

Date:

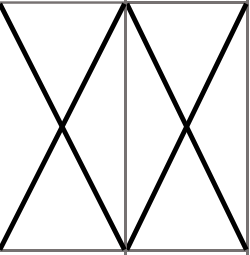
I stage - evaluation	Problem(current/potentially)						
	Etiology (causes of problem)						
Syndrome (symptoms)							
<b>PLAN/OSIE</b>	<b>Subjectn (F)</b>	<b>Judgement (J)</b>	<b>Localization (L)</b>	<b>Time (T)</b>	<b>Client (C)</b>	<b>Cautions (A)</b>	<b>Medications (M)</b>
II stage - diagnosis (DC)(kod INCP)							
Purpose							
III Stage - intervention (code ICNP)							
IV Stage - implementation							
V Stage - evaluation (code INCP)							

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

Tabela Procesu Pielęgnowania – wersja pilotażowa do ćwiczeń z pielęgniarstwa chirurgicznego; autor Piotr A. Janiewicz, Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie, tel. 506-146-126; e-mail: piotr.janiewicz@gmail.com





Table of nursing process according to ICNP

I stage - evaluation										
PLAN/OSIE	Subjectn (F)	Judgement (J)	Localization (L)	Time (T)	Client (C)	Cautions (A)	Medications (M)			
II stage - diagnosis (DC)/kod INCNP										
Purpose										
III Stage - intervention (code ICNP)										
IV Stage - implementation										
V Stage - evaluation (code INCNP)										

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 - Diagnoza (DC) (kod ICNP)									
III Etap - Interwencję (kod ICNP)									
									X
									X
IV Etap - Implementacja									
V Etap - Ewaluacja (kod ICNP)									

Tabela Planu Opieki wg ICNP – do ćwiczeń z podstaw pielęgniarstwa i pielęgniarstwa chirurgicznego; autor Piotr A. Janiewicz, Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie, tel. 506-146-126; e-mail: piotr.janiewicz@gmail.com



