DOKUMENTACJA

pacjentki z tzw. procedurą jednodniową

GINEKOLOGICZNA

Imię i nazwisko pacjentki…….....

DIAGNOZA …….....

Data przyjęcia: …… Godz. …….. min. ……..……..

WYWIAD

Ostatnia miesiączka….....Rodziła….....Roniła….....

Przebieg porodów……Przebieg poronień…….....

Przebyte operacje…….....

Uczul enia na l eki…….....

Choroby /współistniejące, przebyte/…….....

Przyjmowane l eki…….....

Stan higieniczny skóry: bez zmian …..... występują zmiany.....

Wyrażam zgodę na zabiegi i czynności pielęgniarskie

.....
/data i podpis pacjentki /opiekuna/

WSTĘPNA OCENA STANU PACJENTKI

Ukł. krążenia: RR……..tętno ……..

Ukł. oddechowy: prawidłowy…… …...zaburzony……..... duszność……..... kaszel .....

Ukł. pokarmowy: wydal anie: prawidłowe……..... zaparcia…….....biegunki…….. nudności…….....

Ukł. nerwowy: prawidłowy…… niedowład…… inne….....

Narządy zmysłów: **wzrok** prawidłowy…….....zaburzony….....**słuch** prawidłowy…….. ….zaburzony……..

Stan psychiczny: orientacja co do miejsca i czasu: zorientowana……..... niezorientowana…….....

Protezy /jakie/…… **Nałogi**.....

Ocena stanu pacjentki: samodziel na……wymaga pomocy…….....

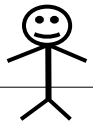
….....
(podpis i pieczątka położnej)

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Imię i nazwisko pacjentki ……

INDYWIDUALNA KARTA PIELĘGNACJI CHOREJ GINEKOLOGICZNIE

BADANIE GINEKOLOGICZNE /ZABIEG:

☐ TAK NIE ☐	☐ TAK NIE ☐	UWAGI
PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU	☐ FIZYCZNE ☐ PSYCHICZNE ☐ BAD. LAB.	
TOALETA	☐ KROCZA ☐ CIAŁA ☐ POMOC POŁOŻNEJ	
KRWAWIENIE Z DRÓG RODNYCH	☐ PLAMIENIE ☐ KRWAWIENIE ☐ BRAK	
STANY EMOCJONALNE	☐ SPOKOJNA ☐ APATIA ☐ PŁACZLIWA ☐ NIESPOKOJNA ☐ EUFORIA	
VENFLON ZAŁ OŻENIE /godz. miejsce/		
VENFLON USUNIĘCIE /godz. miejsce/	0 1 2 3 4 5	
PROMOCJA ZDROWIA	☐ TAK NIE ☐ TEMAT:	
OBSERWACJA PO ZABIEGU	☐ KRWAWIENIE MIERNE ☐ KRWAWIENIE OBFITE ☐ BRAK KRWAWIENIA ☐ INNE/jakie/	
CIŚNIENIE KRWI	☐ OBNIŻONE ☐ PODWYŻSZONE ☐ NORMALNE	
PODAWANIE LEKÓW DOUSTNIE	☐ DOUSTNIE ☐ DOŻYLNE ☐ DOMIEŚNIOWE ☐ WLEWY KROPLOWE	
ZLECENIE PIELĘGNACYJNE	NR ☐	
HIST - PAT		
KATEGORYZACJA		

Zalecenia pielęgnacyjne otrzymałam: .....

/data i podpis pacjentki /opiekuna/ ……

(podpis i pieczątka położnej)