(pieczątka oddziału)

HISTORIA PIELĘGNOWANIA

DANE PACJENTA - WYWIAD

IMIĘ i NAZWISKO

.....

PESEL* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Płeć: ☐ K ☐ M	Waga..... Wzrost..... RR .....

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarskie oraz potwierdzam, że zapoznano mnie z regulaminem, topografią oddziału i prawami pacjenta.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta (opiekuna)

Rozpoznanie lekarskie:
.....

☐ Wywiad niemożliwy do przeprowadzenia

Przyczyna .....

Choroby współistniejące i przebyte operacje:
.....
.....

Alergie:
☐ leki ☐ kosmetyki ☐ pokarmy
☐ środki chemiczne ☐ inne ☐ nie dotyczy

Uwagi i inne problemy:
.....
.....

Przyzwyczajenia, nałogi:
☐ alkohol ☐ nikotyna
☐ środki psychotyczne ☐ inne ☐ nie dotyczy

Ocena sprawności pacjenta	Przyjęcie			Wypis		
	S	O	Z	S	O	Z
Poruszanie się						
Czynności higieniczne						
Jedzenie, picie						
Wydalanie						
Organizacja czasu wolnego						
Data/ godz.						

Data/godz. przeniesienia/oddział
.....

S – samodzielny** O – ograniczony Z – zależny

Data/godz. zgonu

Sprzęt pomocniczy:

☐ okulary
☐ szkła kontaktowe
☐ proteza zębowa
☐ aparat słuchowy
☐ rozruszni kserca
☐ protezy i nne.....

Stan psychiczny (mowa, zachowanie,nastrój):

☐ spokojny ☐ w kontakcie
☐ pobudzony ☐ utrudniony kontakt
☐ lęk ☐ bez kontaktu

Stan społeczny – kontakt z rodziną:

☐ dobry ☐ brak
☐ słaby ☐ samotny
☐ zły

Dane osoby opiekującej się /tel/:

Podpis i pieczątka pielęgniarki przyjmującej pacjenta: .....

* W przypadku braku data urodzenia
** W przypadku dzieci stosownie do wieku

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 pacjenta: .....

KARTA WSTĘPNEJ OCENY PIELĘGNIARSKIEJ

	Objawy / elementy oceny	*Uwagi / obserwacje / komentarze*
Układ oddechowy	**Oddech:** liczba odd. / minutę: ..... ☐ prawidłowy ☐ przyspieszony ☐ zwolniony ☐ spłycony ☐ pogłębiony ☐ stridor ☐ przez nos ☐ przez usta	
	Plwocina: ☐ nie występuje ☐ śluzowa ☐ pienista ☐ ropna ☐ krwista	
	Kaszel: ☐ brak ☐ suchy ☐ wilgotny ☐ stały ☐ napadowy	
	Duszność: ☐ nie występuje ☐ spoczynkowa ☐ wysiłkowa ☐ bezdech	
Układ krążenia	**Tętno:** .....ud./min. ☐ miarowe ☐ niemiarowe	
	RR .....mmHg	
	Perf uzj a obwodowa: ☐ prawidłowa ☐ zaburzona ☐ „zimny pot" ☐ sinica ☐ ochłodzenie obwodowe ☐ skóra marmurkowa	
	Obrzęki: ☐ brak ☐ uogólnione ☐ miejscowe ☐ stałe ☐ okresowe	
	Omdlenia: ☐ nie występują ☐ występują	
Układ pokarmowy	**Stan odżywienia:** ☐ prawidłowy ☐ nadwaga ☐ niedowaga	
	J. ustna: ☐ bez zmian ☐ owrzodzona ☐ pleśniawki ☐ inne	
	Apetyt: ☐ prawidłowy ☐ wzmożony ☐ zmniejszony ☐ brak	
	Pragnienie: ☐ prawidłowe ☐ wzmożone ☐ zmniejszone	
	Wydalanie: ☐ prawidłowe ☐ zaparcia ☐ biegunka ☐ inne	
	Dolegliwości: ☐ nie występują ☐ trudności w połykaniu ☐ nudności/wymioty ☐ wzdęcia ☐ inne	
Układ moczowo – płciowy	**Mocz ilość:** ☐ norma ☐ wielomocz ☐ skąpomocz	
	Trudności w oddawaniu moczu: ☐ nie występują ☐ założony cewnik ☐ pieczenie ☐ parcie na mocz ☐ moczenie ☐ nietrzymanie ☐ utrudniony odpływ	
	Cykl miesiączkowy: ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Układ mięśniowo – szkieletowy	**Poruszanie się:** ☐ samodzielne ☐ ograniczone ☐ z pomocą	
	Ruchomość w stawach: ☐ pełna ☐ ograniczona	
	Sprawność f izyczna: ☐ dobra ☐ ograniczona	
	Postawa ciała: ☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa	
	Inne: ☐ brak ☐ przykurcze ☐ zaczerwienienia	
Inne	**Wzrok:** ☐ prawidłowy ☐ niedowidzenie ☐ ślepota ☐ inne	
	Słuch: ☐ prawidłowy ☐ niedosłyszenie ☐ głuchota ☐ inne	
	Świadomość: ☐ pełna ☐ ograniczona ☐ brak	
	Niedowłady: ☐ nie występują ☐ występują	
	Af azj a: ☐ nie występuje ☐ występuje	
	Skóra: ☐ czysta ☐ brudna ☐ sucha ☐ wilgotna ☐ blada ☐ uszkodzona ☐ zażółcona ☐ sinica ☐ zaczerwieniona ☐ odparzenia ☐ owrzodzenia ☐ inna	
	Odleżyny: ☐ nie ☐ tak	

.....
(data, podpis i pieczątka pielęgniarki)

.....
(podpis pacjenta / opiekuna)

X - właściwe zaznaczyć

Medmed® MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko pacjenta: …….....……..……

OBSERVACJE PIELĘGNIARSKIE (opis działań pielęgniarskich)		
Data	Opis obserwacji, uwagi, wskazówki	Podpis i pieczątka pielęgniarki

admed® MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko pacjenta: ……

ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE PRZY WYPISIE PACJENTA
Wydane zalecenia - załączniki
* nr 1 ☐ * nr 2 ☐ * nr 3 ☐ *nr 4 ☐ *nr 5 ☐ *nr 6 ☐ * nr 7 ☐ * nr 8 ☐ * nr 9 ☐ *nr 10 ☐ nr 11 ☐ r 12 ☐ * nr 13 ☐ * nr 14 ☐ * nr 15 ☐ *nr 16 ☐ *nr 17 ☐ *nr 18 ☐ * nr 19 ☐ * nr 20 ☐ * nr 21 ☐ *nr 22 ☐ *nr 23 ☐ *nr 24 ☐ * nr 25 ☐ * nr 26 ☐ * nr 27 ☐ *nr 28 ☐ nr 29 ☐ 30 ☐ inne ☐
Przeprowadzona edukacja: ☐ pacjenta ☐ rodziny/opiekunów W zakresie: …… …… …… …… …… …… …… ☐ Pacjent nie wymaga zaleceń pielęgniarskich Data -podpis i pieczątka pielęgniarki: …… Otrzymałem/am załączniki: …… Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej: ……

……
(podpis i pieczątka pielęgniarki oddziałowej)

Admed® MEDICAL PARTNER