Imię i nazwisko pacjentki.....

Legenda: **dyżur dzienny-** kolor niebieski/czarny **dyżur nocny –** kolor czerwony

DATA	Godz.	Ocena	Podpis i pieczątka

8 PACJENTKA WYPISANA DO DOMU Z ZALECENIAMI I WSKAZÓWKAMI W DNIU __/__ 20__

..... (podpis i pieczątka położnej)

..... (podpis pacjentki)

SPRAWDZONO DNIA ....
(podpis i pieczątka osoby sprawdzającej)

HISTORIA PIELĘGNOWANIA
GINEKOLOGIA

(pieczątka oddziału)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI.....

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA

DATA PRZYJĘCIA ..... **GODZ.** ..... **MIN.** ..... **PRZYJĘCIA-**

WYWIAD POŁOŻNICZO – GINEKOLOGICZNY

OM : .....

RODZIŁA.....**RONIŁA**.....

PRZEBIEG PORODÓW.....**PRZEBIEG PORONIEŃ**.....

KRWAWIENIE / PLAMIENIE Z DRÓG RODNYCH: TAK NIE

PRZEBYTE OPERACJE: .....

.....

CHOROBY / współistniejące/ przebyte/ :.....

.....

PRZYJMOWANE LEKI:.....

UCZULENIA NA LEKI.....

STAN HIGIENICZNY SKÓRY: bez zmian.....**występują zmiany**.....

WSTĘPNA OCENA STANU PACJENTKI

Ukł. krążenia: RR.....**tętno** .....

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

Ukł. pokarmowy: wydalanie: prawidłowe..... zaparcia.....biegunki..... nudności.....

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

Ukł. moczowy: oddawanie moczu prawidłowe.....nietrzymanie.....utrudniony odpływ.....

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

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

Protezy/jakie/.....**Nałogi**.....

Ocena stanu pacjenta samodzielna.....wymaga pomocy.....

..... (data)

..... (podpis i pieczątka położnej przyjmującej pacjentkę do szpitala)

Admed® 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.....

POWÓD HOSPITALIZACJI W PODODDZIALE GINEKOLOGII

.....

.....

.....

.....

..... (data)

..... (podpis i pieczątka położnej przyjmującej pacjentkę)

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi piel ęgniarskie.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna

Wywiad niemożl iwy do przeprowadzenia przyczyna.....

Przekazania na inny oddział	ODDZIAŁ	DATA I GODZ.	Podpis i pieczątka położnej przekazującej pacjentkę	Podpis i pieczątka położnej przejmującej pacjentkę

OCENA PIELĘGNIARSKA STANU ZDROWIA PACJENTKI

Legenda: **dyżur dzienny-** kolor niebieski/czarny **dyżur nocny –** kolor czerwony

Data	Godz.	Ocena	Podpis i pieczątka

Imię i nazwisko pacjentki.....

Legenda: **dyżur dzienny-** kolor niebieski/czarny **dyżur nocny –** kolor czerwony

Data	Godz.	Ocena	Podpis i pieczątka

MEDICAL PARTNER