Imię i nazwisko pacjentki ....

Data	Godz.	Ocena	Podpis i pieczątka

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

9. PRZEPROWADZONO EDUKACJĘ: ☐ **PACJENTKI** ☐ **RODZINY OPIEKUNÓW**

W ZAKRESIE: .....

.....

.....

10. PACJENTKA WYPISANA DO DOMU Z ZALECENIAMI NR ..... I WSKAZÓWKAMI NR .....

W DNIU _ _ / _ _ 20 _ _ O GODZ. ..... : .....

....

(data, podpis i pieczątka położnej) (podpis pacjentki)

SPRAWDZONO DNIA _ _ / _ _ 20 _ _ ....

(podpis i pieczątka osoby sprawdzającej)

H I S T O R I A P I E L Ę G N O W A N I A
POŁOŻNICZA

1. **NUMER KSIĘGI GŁÓWNEJ ....**
2. **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI ....**
3. **DATA PRZYJĘCIA ..... GODZ. ..... MIN. .....**
4. **WYWIAD POŁOŻNICZO – GINEKOLOGICZNY**

OM : ..... **TP**:

C ..... P..... Hbd ..... ASP ....

RUCHY PŁODU CZUJE: TAK NIE

PĘCHERZ PŁODOWY: ZACHOWANY / PĘKŁ / WĄTPLIWY <data / godzina **> .....**

KRWAWIENIE / PLAMIENIE Z DRÓG RODNYCH: TAK NIE

5. **CHOROBY / OPERACJE:** ....

....

6. **ALERGIE / UCZULENIA** ....
7. **CZYNNIKI RYZYKA ŚRÓDPORODOWEGO:**..... .....

8. **WYKONYWANE CZYNNOŚCI PIELĘGNIARSKIE W IZBIE PRZYJĘĆ :**

A.	PRZYJĘCIE PACJENTKI	**TAK**	**NIE**
B.	PRZYGOTOWANIE DO BADANIA	**TAK**	**NIE**
C.	UCZESTNICZENIE PRZY BADANIU	**TAK**	**NIE**
D.	SŁUCHANIE **ASP**	**TAK**	**NIE**
E.	PLAN PORODU	**TAK**	**NIE**
F.	ZAPOZNANIE Z PRAWAMI PACJENTA	**TAK**	**NIE**

G. INNE .....

....

Wywiad niemożliwy do przeprowadzenia: przyczyna .....

.....

....

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

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarskie .....

data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna

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 ....

KARTA WSTĘPNEJ OCENY STANU OGÓLNEGO

	Elementy oceny	Modyfikacje w czasie pobytu	Podpis i pieczątka osoby modyfikującej
Układ krążenia	**RR** ..... / ..... **mm Hg** **Tętno:** ..... **ud. / min.**		
	Obrzęki: ☐ brak ☐ uogólnione ☐ miejscowe		
	Omdlenia: ☐ nie występują ☐ występują		
Układ oddechowy	**Oddech:** ☐ prawidłowy ☐ przyspieszony ☐ zwolniony ☐ przez nos ☐ przez usta		
	Kaszel: ☐ brak ☐ suchy ☐ wilgotny ☐ napadowy		
	Duszność : ☐ brak ☐ spoczynkowa ☐ wysiłkowa		
Układ pokarmowy	**Ciężar ciała:** ..... **kg** ☐ prawidłowy ☐ nadwaga ☐ niedowaga		
	Apetyt: ☐ prawidłowy ☐ wzmożony ☐ zmniejszony ☐ bra		
	Pragnienie: ☐ prawidłowe ☐ wzmożone ☐ zmniejszone		
	Wydalanie: ☐ prawidłowe ☐ zaparcia ☐ biegunka ☐ inne		
	Dolegliwości: ☐ nie występują ☐ nudności / wymioty ☐ wzdęcia ☐ ☐ zgaga		
Układ moczowo-płciowy	**Diureza:** ☐ prawidłowa ☐ zaburzona		
	Trudności w oddawaniu moczu: ☐ nie występują ☐ pieczenie ☐ parcie na mocz ☐ ból		
Stan psychiczny	**Kontakt słowny:** ☐ komunikatywny ☐ niekomunikatywny		
	Nastrój: ☐ pogodny ☐ zaburzony ☐ depresyjny		
	Zrozumienie: ☐ pełne ☐ częściowe ☐ brak		
	Myślenie: ☐ logiczne ☐ nielogiczne		
Inne	**Wzrok:** ☐ prawidłowy ☐ wada (jaka?)		
	Słuch: ☐ prawidłowy ☐ nieprawidłowy		
	Świadomość : ☐ pełna ☐ ograniczona ☐ brak		
	Skóra: ☐ czysta ☐ brudna ☐ blada ☐ uszkodzona ☐ zmiany skórne (jakie?)		
	..... **(data i podpis pacjenta)** .... **(pieczątka i podpis położnej)**		

Imię i nazwisko pacjentki ....

8. POWÓD HOSPITALIZACJI W P/ODDZIALE PATOLOGI CIĄŻY☐ SALI PORODOWEJ☐:

.....

.....

.....

....

..... (data)

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

	ODDZIAŁ	DATA I GODZ.	Podpis i pieczątka położnej przekazującej pacjentkę	Podpis i pieczątka położnej przejmującej pacjentkę
Przeka-zania na inny oddział				

OCENA PIELĘGNIARSKA STANU ZDROWIA PACJENTKI

Data	Godz.	Ocena	Podpis i pieczątka

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

MEDICAL PARTNER