KARTA WSTĘPNEJ OCENY PIELĘGNIARSKIEJ

(pieczątka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

	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 uzja 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 azja: ☐ 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

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