

**HISTORIA PIELĘGNOWANIA****DANE PACJENTA - WYWIAD****IMIĘ I NAZWISKO**

PESEL\* \_ \_ \_ \_ \_

Płeć:  K M

Waga.....

Wzrost.....

RR .....

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarские 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       niktyna  
 środki psychotyczne       inne       nie dotyczy

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

**Sprzęt pomocniczy:**

- okulary  
 szkła kontaktowe  
 proteza zębowa  
 aparat słuchowy  
 rozrusznik serca  
 protezy i inne.....

Data/godz. przeniesienia/oddział

S – samodzielny\*\* O – ograniczony Z – zależny

Data/godz. zgonu

**Stan psychiczny (mowa, zachowanie, nastrój):**

- spokojny       w kontakcie  
 pobudzony       utrudnił kontakt  
 lęk       bez kontaktu

**Stan społeczny – kontakt z rodziną:**

- dobry       brak  
 słaby       samotny  
 zły

Dane osoby opiekującej się /tel/:

Podpis i pieczęta pielęgniarki przyjmującej pacjenta: .....

\* W przypadku braku data urodzenia

\*\* W przypadku dzieci stosownie do wieku

Imię i nazwisko pacjenta: .....

**KARTA WSTĘPNEJ OCENY PIELĘGNIARSKIEJ**

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

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

.....  
(podpis pacjenta / opiekuna)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

**OBSERWACJE PIEŁĘGNIARSKIE**

(opis działań pielęgniarских)

Data	Opis obserwacji, uwagi, wskazówki	Podpis i pieczęćka pielęgniarki
		

Imię i nazwisko pacjenta: .....

### ZALECENIA PIEŁĘGNIARSKIE PRZY WYPISIE PACJENTA

Wydane zalecenia - załączniki

* nr 1	<input type="checkbox"/>	* nr 2	<input type="checkbox"/>	* nr 3	<input type="checkbox"/>	* nr 4	<input type="checkbox"/>	* nr 5	<input type="checkbox"/>	* nr 6	<input type="checkbox"/>
* nr 7	<input type="checkbox"/>	* nr 8	<input type="checkbox"/>	* nr 9	<input type="checkbox"/>	* nr 10	<input type="checkbox"/>	* nr 11	<input type="checkbox"/>	* nr 12	<input type="checkbox"/>
* nr 13	<input type="checkbox"/>	* nr 14	<input type="checkbox"/>	* nr 15	<input type="checkbox"/>	* nr 16	<input type="checkbox"/>	* nr 17	<input type="checkbox"/>	* nr 18	<input type="checkbox"/>
* nr 19	<input type="checkbox"/>	* nr 20	<input type="checkbox"/>	* nr 21	<input type="checkbox"/>	* nr 22	<input type="checkbox"/>	* nr 23	<input type="checkbox"/>	* nr 24	<input type="checkbox"/>
* nr 25	<input type="checkbox"/>	* nr 26	<input type="checkbox"/>	* nr 27	<input type="checkbox"/>	* nr 28	<input type="checkbox"/>	* nr 29	<input type="checkbox"/>	* nr 30	<input type="checkbox"/>
inne	<input type="checkbox"/>										

Przeprowadzona edukacja:  pacjenta  rodziny/opiekunów

W zakresie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Pacjent nie wymaga zaleceń pielęgniarских

Data podpis i pieczęć pielęgniarki: .....

Otrzymałem/am załączniki: .....

Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej:

.....

.....  
(podpis i pieczęć pielęgniarki oddziałowej)