

OBSERWACJE PIEŁĘGNIARSKIE  
(opis działań pielęgniarских)

Data	Opis obserwacji, uwagi, wskazówki	Pieczętka i podpis pielęgniarки

**HISTORIA PIEŁĘGNOWANIA**

Nr Ks. Gl. ....

**DANE PACJENTA - WYWIAD**

<b>IMIĘ:</b> .....			<b>NAZWISKO:</b> .....		
PESEL* _ _ _ _ _			Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		Waga..... Wzrost.....
Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarские: .....					
Data i czytelny podpis pacjenta /opiekuna					
Rozpoznanie lekarskie: .....			<input type="checkbox"/> Wywiad niemożliwy do przeprowadzenia		
Choroby współistniejące i przebyte operacje: .....			Przyczyna .....		
Uwagi i inne problemy: .....			Alergie / Nietolerancje pokarmowe: .....		
Przyzwyczajenia, nałogi: .....			Przyzwyczajenia, nałogi: .....		
<b>Ocena sprawności pacjenta</b>		Przyjęcie		Wypis	
		S O Z		S O Z	
Poruszanie się					
Czynności higieniczne					
Jedzenie, picie					
Wydalenie					
Organizacja czasu wolnego					
Data/godz.					
Data/godz. przeniesienia/oddział					
S – samodzielny** O – ograniczony Z – zależny					
Data/godz. zgonu					
<b>Stan psychiczny (mowa, zachowanie, nastrój):</b>			<b>Stan społeczny – kontakt z rodziną:</b>		
<input type="checkbox"/> spokojny			<input type="checkbox"/> w kontakcie		
<input type="checkbox"/> pobudzony			<input type="checkbox"/> utrudniony kontakt		
<input type="checkbox"/> lęk			<input type="checkbox"/> bez kontaktu		
<input type="checkbox"/> dobry			<input type="checkbox"/> brak		
<input type="checkbox"/> słaby			<input type="checkbox"/> samotny		
<input type="checkbox"/> zły					
Wyznanie (praktyka religijna): .....					
Dane osoby opiekującej się /tel/:					
Podpis i pieczętka pielęgniarки przyjmującej pacjenta: .....					

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

Imię i nazwisko pacjenta: .....

**KARTA WSTĘPNEJ OCENY PIELEŃNIARSKIEJ**

Objawy / elementy oceny		Uwagi / obserwacje / komentarze
Układ oddechowy	<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	
Układ krążenia	<b>Tętno:</b> .....ud./min. <input type="checkbox"/> miarowe <input type="checkbox"/> niemiarowe	
	<b>RR</b> .....mmHg	
	<b>Zabarwienie</b> <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaburzone <input type="checkbox"/> „zimny pot” <input type="checkbox"/> sinica	
	<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	
Układ pokarmowy	<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 polykaniu <input type="checkbox"/> nudności/wymioty <input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/> inne	
Układ moczowo – pęciowy	<b>Diureza:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona	
	<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	
Układ mięśniowo – szkieletowy	<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"/> zacerwienia	
Inne	<b>Wzrok:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/> inne	
	<b>Sluch:</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>Niedowład:</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"/> zacerwienia <input type="checkbox"/> odparzenia <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> inna	
	<b>Odleżyny:</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Objawy / elementy oceny		Uwagi / obserwacje / komentarze	
Inne	<b>Nastój:</b> <input type="checkbox"/> wyrównany <input type="checkbox"/> zaburzony <input type="checkbox"/> depresja <input type="checkbox"/> euforia		
	<b>Subiektywne samopoczucie:</b> <input type="checkbox"/> dobre <input type="checkbox"/> dość dobre <input type="checkbox"/> złe <input type="checkbox"/> bardzo złe <input type="checkbox"/> niemożliwe do oceny		
	<b>Obawy / lęki:</b> <input type="checkbox"/> niemożliwe do oceny <input type="checkbox"/> związane z chorobą <input type="checkbox"/> związane z powikłaniami <input type="checkbox"/> związane z pobytem w zakładzie <input type="checkbox"/> związane z bólem <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> inne		
	<b>Czym dla pacjenta jest choroba:</b> <input type="checkbox"/> niemożliwe do oceny <input type="checkbox"/> przeszkoda <input type="checkbox"/> strata <input type="checkbox"/> korzyść <input type="checkbox"/> wartość		
	<b>Reakcja emocjonalna na chorobę:</b> <input type="checkbox"/> niemożliwa do oceny <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> lęk <input type="checkbox"/> gniew <input type="checkbox"/> przygnębienie <input type="checkbox"/> pobudzenie		
	<b>Strategia w walce z chorobą:</b> <input type="checkbox"/> niemożliwa do oceny <input type="checkbox"/> walka <input type="checkbox"/> rezygnacja <input type="checkbox"/> unikanie <input type="checkbox"/> przeciwstawianie się		
	<b>Stosunek do pobytu w zakładzie:</b> <input type="checkbox"/> pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> obojętny <input type="checkbox"/> niemożliwy do oceny		
	<b>Data:</b> ___ / ___ 20 ___		
	..... (podpis i pieczętka pielęgniarki)		

ZALECENIA PIELEŃNIARSKIE PRZY WYPISIE PACJENTA	
Przeprowadzona edukacja:	<input type="checkbox"/> pacjenta <input type="checkbox"/> rodziny/opiekunów
W zakresie:	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Pacjent nie wymaga zaleceń pielęgniarzkich	
<b>Data – pieczętka i podpis pielęgniarki:</b> .....	
<b>Orzymałem/am załączniki:</b> .....	
<b>Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej:</b> .....	