

Imię i nazwisko pacjenta:

OBSERWACJE PIEŁĘGNIARSKIE
(opis działań pielęgniarских)

Data	Opis obserwacji , uwagi, wskazówki	Pieczętka i podpis pielęgniarки

(pieczętka oddziału)

HISTORIA PIEŁĘGNOWANIA

Nr Ks. Gl.

DANE PACJENTA - WYWIAD																																																	
IMIĘ:	NAZWISKO:																																																
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 Przyczyna																																																
Choroby współistniejące i przebyte operacje:	Alergie / Nietolerancje pokarmowe:																																																
Uwagi i inne problemy:	Przyzwyczajenia, nałogi:																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Ocena sprawności pacjenta</th> <th colspan="3">Przyjęcie</th> <th colspan="3">Wypis</th> </tr> <tr> <th>S</th> <th>O</th> <th>Z</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>Z</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poruszanie się</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Czynności higieniczne</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jedzenie, picie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wydalenie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Organizacja czasu wolnego</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Ocena sprawności pacjenta	Przyjęcie			Wypis			S	O	Z	S	O	Z	Poruszanie się							Czynności higieniczne							Jedzenie, picie							Wydalenie							Organizacja czasu wolnego							Sprzęt pomocniczy: <input type="checkbox"/> okulary <input type="checkbox"/> szkła kontaktowe <input type="checkbox"/> proteza zębowa <input type="checkbox"/> aparat słuchowy <input type="checkbox"/> rozrusznik serca <input type="checkbox"/> protezy i inne.....
Ocena sprawności pacjenta		Przyjęcie			Wypis																																												
	S	O	Z	S	O	Z																																											
Poruszanie się																																																	
Czynności higieniczne																																																	
Jedzenie, picie																																																	
Wydalenie																																																	
Organizacja czasu wolnego																																																	
Data/godz. przeniesienia/oddział	Genogram – legenda: mężczyzna <input checked="" type="checkbox"/> kobieta <input checked="" type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> pacjentka <input type="checkbox"/> małżeństwo <input type="checkbox"/> małżeństwo w separacji <input type="checkbox"/> konkubinaty <input type="checkbox"/> małżeństwo po rozwodzie <input type="checkbox"/> mężczyzna zmarły <input checked="" type="checkbox"/> kobieta zmarła <input checked="" type="checkbox"/> drugi i trzeci małżeństwo <input type="checkbox"/>																																																
Data/godz. zgonu	Stan społeczny – kontakt z rodziną: <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> słaby <input type="checkbox"/> samotny <input type="checkbox"/> zły																																																
Stan psychiczny (mowa, zachowanie, nastrój): <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																																																	
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 PIELĘGNIARSKIEJ

Objawy / elementy oceny		Uwagi / obserwacje / komentarze
Układ oddechowy	Oddech: 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	
	Plwocina: <input type="checkbox"/> nie występuje <input type="checkbox"/> śluzowa <input type="checkbox"/> pienista <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> krwista	
	Kaszel: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> napadowy	
	Duszność: <input type="checkbox"/> nie występuje <input type="checkbox"/> spoczynkowa <input type="checkbox"/> wysiłkowa <input type="checkbox"/> bezdech	
Układ krążenia	Tętno:ud./min. <input type="checkbox"/> miarowe <input type="checkbox"/> niemiarowe	
	RRmmHg	
	Zabarwienie <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaburzone <input type="checkbox"/> „zimny pot” <input type="checkbox"/> sinica	
	Obrzęki: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> okresowe	
	Omdlenia: <input type="checkbox"/> nie występują <input type="checkbox"/> występują	
Układ pokarmowy	Stan odżywienia: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> nadwaga <input type="checkbox"/> niedowaga	
	J. ustna: <input type="checkbox"/> bez zmian <input type="checkbox"/> owrzodzona <input type="checkbox"/> pleśniawki <input type="checkbox"/> inne	
	Apetyt: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> wzmożony <input type="checkbox"/> zmniejszony <input type="checkbox"/> brak	
	Pragnienie: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> zmniejszone	
	Wydalenie: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> inne	
	Dolegliwości: <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	Diureza: <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona	
	Trudności <input type="checkbox"/> nie występują <input type="checkbox"/> założony cewnik <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/> parcie na mocz	
	w oddawaniu moczu: <input type="checkbox"/> moczenie <input type="checkbox"/> nietrzymanie <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ	
	Cykl miesięczkowy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Układ mięśniowo – szkieletowy	Poruszanie się: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> ograniczone <input type="checkbox"/> z pomocą	
	Ruchomość w stawach: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona	
	Sprawność fizyczna: <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> ograniczona	
	Postawa ciała: <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa	
	Inne: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> przykurcze <input type="checkbox"/> zaczerwienienia	
Inne	Wzrok: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/> inne	
	Słuch: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszenie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> inne	
	Świadomość: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak	
	Niedowłady: <input type="checkbox"/> nie występują <input type="checkbox"/> występują	
	Afazja: <input type="checkbox"/> nie występuje <input type="checkbox"/> występuje	
	Skóra: <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	
	Odleżyny: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	

Imię i nazwisko pacjenta:

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

ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE PRZY WYPISIE PACJENTA

Przeprowadzona edukacja: pacjenta rodziny/opiekunów

W zakresie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pacjent nie wymaga zaleceń pielęgniarskich

Data – pieczęć i podpis pielęgniarki:

Otrzymałem/am załączniki:

Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej:

.....