

Imię i nazwisko pacjenta:

ZALECENIA PIELEŃNIARSKIE PRZY WYPISIE PACJENTA

Wydane zalecenia - załączniki

- * nr 1 * nr 2 * nr 3 *nr 4 *nr 5 *nr 6
- * nr 7 * nr 8 * nr 9 *nr 10 nr 11 nr 12
- * nr 13 * nr 14 * nr 15 *nr 16 *nr 17 *nr 18
- * nr 19 * nr 20 * nr 21 *nr 22 *nr 23 *nr 24
- * nr 25 * nr 26 * nr 27 *nr 28 *nr 29 *nr 30
- inne

Przeprowadzona edukacja: pacjenta rodziny/opiekunów

W zakresie:

.....

.....

.....

.....

Pacjent nie wymaga zaleceń pielęgniarzkich

Data podpis i pieczęć pielęgniarki:

Orzymałem/am załączniki:

Data i podpis rodzica / pacjenta powyżej 16 roku życia / opiekuna prawnego lub faktycznego

Wypis dziecka ze szpitala

Dziecko (imię i nazwisko dziecka)

Wypisane ze szpitala w dniu zostało powierzone (imię i nazwisko osoby odbierającej dziecko potwierdzone dokumentem tożsamości, stopień pokrewieństwa, PESEL, adres zamieszkania)

.....

.....

.....

(data)

(podpis i pieczęć pielęgniarki)

(podpis osoby odbierającej dziecko)

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

(pieczęć oddziału)

HISTORIA PIELEŃNOWANIA DZIECKA

Nr Ks. Gl.

DANE PACJENTA - WYWIAD

IMIĘ:

.....

NAZWISKO:

.....

PESEL* - - - - -

Płeć: K
 M

Waga.....

Wzrost.....

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarckie:

.....
Data i czytelny podpis rodzica / pacjenta pow. 16 r. ż. / opiekuna prawnego lub faktycznego

Rozpoznanie lekarskie:

.....

Wywiad niemożliwy do przeprowadzenia

Przyczyna

Choroby współistniejące i przebyte operacje:

.....

Alergie / Nietolerancje pokarmowe:

.....

Uwagi i inne problemy:

.....

Przyzwyczajenia, nałogi:

.....

Ocena sprawności pacjenta

	Przyjęcie			Wypis		
	S	O	Z	S	O	Z
Poruszanie się						
Czynności higieniczne						
Jedzenie, picie						
Wydalanie						
Organizacja czasu wolnego						
Data/godz.						

Poruszanie się

Czynności higieniczne

Jedzenie, picie

Wydalanie

Organizacja czasu wolnego

Data/godz.

Data/godz. przeniesienia/oddział

.....

S – samodzielny** O – ograniczony Z – zależny

Data/godz. zgonu

Stan psychiczny (mowa, zachowanie, nastrój):

- spokojny w kontakcie
- pobudzony utrudni onykontakt
- lęk bez kontaktu

Sprzęt pomocniczy:

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

Stan społeczny – kontakt z rodziną:

- dobry brak
- słaby samotny
- zły

Dane osoby opiekującej się /tel/ :

Podpis i pieczęć pielęgniarki 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	
	Perfuzja <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/> „zimny pot” <input type="checkbox"/> sinica	
	obwodowa: <input type="checkbox"/> ochłodzenie obwodowe <input type="checkbox"/> skóra marmurkowa	
	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 – płciowy	Mocz ilość: <input type="checkbox"/> norma <input type="checkbox"/> wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz	
	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	
	Niedowład: <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	
..... data (podpis i pieczęć pielęgniarki)	

Imię i nazwisko pacjenta:

OBSERWACJE PIELĘGNIARSKIE (opis działań pielęgniarских)		
Data	Opis obserwacji , uwagi, wskazówki	Podpis i pieczęć pielęgniarki