

KARTA OBSERWACJI SOR**DANE PACJENTA - WYWIAD****IMIĘ I NAZWISKO**

PESEL* _ _ _ _ _

Płeć: K M

Waga

Wzrost

RR

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi medyczne 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 współ istniejące 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.

Data/godz. przeniesienia/oddział

S – samodzielny** O – ograniczony Z – zależny

Data/godz. zgonu

Sprzęt pomocniczy: okulary szkła kontaktowe proteza zębowa aparat słuchowy rozrusznik serca protezy inne**Stan psychiczny (mowa, zachowanie, nastrój):** spokojny w kontakcie pobudzony utrudniony kontakt lęk bez kontaktu**Stan społeczny – kontakt z rodziną:** dobry brak słaby samotny zły

Dane osoby opiekującej się /tel/:

Podpis i pieczętka osoby przyjmującej pacjenta:

* W przypadku braku data urodzenia

** W przypadku dzieci stosownie do wieku

Imię i nazwisko pacjenta:

KARTA WSTĘPNEJ OCENY SOR

Objawy / elementy oceny	
Układ oddechowy	Oddech: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> zaburzony <input type="checkbox"/> duszność <input type="checkbox"/> kaszel
Układ krążenia	Tętno: <input type="checkbox"/> miarowe <input type="checkbox"/> niemiarowe
	Omdlenia: <input type="checkbox"/> występują <input type="checkbox"/> nie występują
Układ pokarmowy	Stan odżywienia: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> nadwaga <input type="checkbox"/> niedowaga
	Wydalenie: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> inne
Układ mięśniowo - szkieletowy	Poruszanie się: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> ograniczone <input type="checkbox"/> z pomocą
	Sprawność fizyczna: <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> ograniczona
Inne	Świadomość: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak
	Niedowłady: <input type="checkbox"/> nie występują <input type="checkbox"/> występują
	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
..... (data, podpis i pieczętka osoby zbierającej wywiad) (podpis pacjenta / opiekuna)	

X - właściwe zaznaczyć

OBSERWACJE (opis działań)		
Data	Opis obserwacji, uwagi, wskazówki	Podpis i pieczętka