

## Załącznik nr 1. PRZEWODNIK DO GROMADZENIA DANYCH O PACJENCIE

### I. Dane o pacjencie:

Nazwisko i imię (inicjały)..... wiek .....

Stan cywilny ..... wykształcenie .....

Zawód .....

Miejsce zamieszkania ..... miasto..... wieś.....

### II. Sytuacja zdrowotna

Przebyte choroby .....

Choroby współistniejące .....

Uczulenia ..... Nałogi .....

Czynniki ryzyka choroby .....

Data przyjęcia do szpitala ..... tryb przyjęcia: nagły planowy

Rozpoznanie lekarskie .....

Rozpoznanie psychospołeczne .....

### Dane o stanie poszczególnych układów

#### Układ krążenia

Tętno: częstość ..... akcja serca: miarowość: tak / nie, ciśnienie tętnicze .....

Sinica skóry: tak / nie .....

Obrzęki: tak / nie (lokalizacja, charakter) .....

Inne uwagi .....

#### Układ oddechowy

Oddech: częstość ..... Charakter: prawidłowy / patologiczny (rodzaj) .....

Tor oddychania ..... zapach wydychanego powietrza .....

Duszność: tak / nie

Rodzaj: a) wysiłkowa b) spoczynkowa, stopień duszności .....

Drożność dróg oddechowych: a) prawidłowa b) zaleganie wydzieliny .....

Kaszel: tak / nie (charakter kaszlu) .....

Inne uwagi / dolegliwości .....

#### Układ nerwowy:

Stan świadomości: a) pełna b) senność c) zamroczenie d) śpiączka

Kontakt słowny: a) prawidłowy b) zaburzenia mowy c) brak kontaktu

Sen: a) prawidłowy b) trudności z zasypianiem (rodzaj) c) bezsenność

Inne uwagi .....

#### Funkcjonowanie zmysłów:

Wzrok: a) prawidłowy b) niewidzenie c) okulary/soczewki d) niewidomy

Słuch: a) prawidłowy b) niedosłuch c) aparat słuchowy d) głuchota

Uwagi: .....

Czucie dotyku a) prawidłowe b) ubytki czucia

Czucie temperatury: a) prawidłowe b) ubytki czucia

Uwagi .....

Występowanie bólu: tak / nie charakter bólu .....

Nasilenie .....

Lokalizacja .....

### **Układ pokarmowy:**

Łaknienie: a) prawidłowe b) zmniejszone c) brak d) wzmożone

Pragnienie: a) prawidłowe b) zmniejszone c) brak d) wzmożone

Sposób odżywiania: a) doustny b) przez sondę c) parenteralne

Rodzaj diety: .....

Stan jamy ustnej: a) prawidłowy b) ubytki w uzębieniu c) proteza d) zmiany na śluzówkach

Połykanie: a) prawidłowe b) zaburzone

Wydalenie stolca: a) prawidłowe b) zaparcia c) biegunki d) niedotrzymanie stolca

Dolegliwości dyspeptyczne (rodzaj) .....

### **Układ moczowo-płciowy**

Wydalanie moczu: a) prawidłowe b) zaburzone c) nie trzymanie moczu

d) trudności w oddawaniu moczu e) barwa moczu .....

c) cewnik do pęcherza moczowego ilość wydalanego moczu .....

Inne objawy .....

### **Skóra:**

a) czystość (ocena) ..... b) zmiany skórne (rodzaj, lokalizacja) .....

c) włosy, paznokcie (ocena) .....

### **Stan odżywiania:**

Ciężar ciała w (kg) ..... wskaźnik BMI ..... należna masa ciała (kg) .....

Ciężar ciała: a) w normie b) nadwaga c) niedowaga e) otyłość

Ocena zagrożenia odleżyną (wg skali) .....

Lokalizacja obrzęków (charakterystyka) .....

### **III Kategoria opieki / zdolność samoopieki**

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

### **IV Stan psychiczny**

Nastrój: a) wyrównany b) obniżony c) podwyższony .....

Uzasadnienie (przyczyna) .....

Reakcja na aktualną sytuację zdrowotną .....

### **V Sytuacja Rodzinno-Społeczna:**

Mieszkanie: a) sama (m) b) z rodziną .....

Warunki mieszkaniowe (nieodgodności) .....

Osoba opiekująca się pacjentem w domu .....

**Zal. 2. KARTA DIAGNOZ PIELEŃNIARSKICH**

<b>Data</b>	<b>Diagnoza pielęgnarska</b>	<b>Cel interwencji</b>	<b>Interwencja pielęgnarska</b>	<b>Ocena interwencji pielęgnarskiej</b>
1	2	3	4	5

**Załącznik 3 KARTA WSKAZÓWEK PIEŁĘGNIARSKICH**

Nazwisko i imię pacjenta (inicjały) ..... wiek .....

**Zalecenia dla dyżuru następnego**

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

**Zalecenia dla pacjenta / Zakres edukacji pacjenta**

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

**Zalecenia dla rodziny / opiekunów**

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

**Wykaz załączników i pomocy edukacyjnych**

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

.....

Data / podpis pielęgniarki