

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

Załącznik 3 KARTA WSKAZÓWEK PIELEŃNIARSKICH

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