

Sprawozdanie z procesu pielęgnowania

<i>SPRAWOZDANIE Z PROCESU PIEŁĘGNOWANIA</i>		
<i>Imię i nazwisko studenta:</i>		<i>Numer albumu:</i>
<i>Data i godzina wypełnienia:</i>		
<i>Oddział:</i>		<i>Numer sali:</i>
<i>Inicjały pacjenta:</i>	<i>Płeć (K/M):</i>	<i>Wiek:</i>
<i>Tryb przyjęcia: planowany <input type="checkbox"/> nagły <input type="checkbox"/> przeniesiony z.....</i>		
<i>Data i godzina przyjęcia:</i>		
<i>Przyczyna hospitalizacji:</i>		
<i>Rozpoznanie lekarskie przy przyjęciu:</i>		
<i>Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> cukrzyca: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></i>		
<i>Inne:</i>		
<i>Czynniki ryzyka:</i>		
<i>Alergie:</i>		
<i>Uczulenia na leki:</i>		
<i>Masa ciała:</i>	<i>Wzrost:</i>	<i>Indeks BMI:</i>
<i>Przyjmowane leki (nazwa, dawka, droga podania):</i>		

Rodzaj badań diagnostycznych:

Dieta:

OCENA STANU PACJENTA

Skóra i błony śluzowe	odleżyny	tak <input type="checkbox"/> stopień wg Torrenca <input type="text"/> Umiejscowienie: nie <input type="checkbox"/> ocena ryzyka wg skali Norton: <input type="text"/> pkt
	zmiany	owrzodzenia <input type="checkbox"/> rany pooperacyjne <input type="checkbox"/> skaleczenia <input type="checkbox"/>
	jama ustna	pleśniawki <input type="checkbox"/> język obłożony <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/>
Stan psychiczny	świadomość	pełna przytomność <input type="checkbox"/> apatia <input type="checkbox"/> splątanie <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> śpiączka <input type="checkbox"/>
	kontakt słowny	zachowany <input type="checkbox"/> utrudniony <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>
	orientacja w miejscu i czasie	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Status społeczny	warunki mieszkaniowe	dobrze <input type="checkbox"/> źle <input type="checkbox"/>
	mieszka	sam <input type="checkbox"/> z rodziną <input type="checkbox"/> posiada opiekuna <input type="checkbox"/> wymaga kontaktu z pracownikiem socjalnym <input type="checkbox"/>
Układ kostno-stawowy mięśniowy	sprawność ruchowa	samodzielnie <input type="checkbox"/> ograniczone <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> Punktacja wg skali Barthel <input type="text"/>
	urazy	złamanie <input type="checkbox"/> skręcenie <input type="checkbox"/> zwichnięcie <input type="checkbox"/> niedowład <input type="checkbox"/> porażenie <input type="checkbox"/>
Układ nerwowy	dolegliwości bólowe	tak <input type="checkbox"/> lokalizacja..... nie <input type="checkbox"/>

	<i>stan uzębienia</i>	<i>pełne</i> <input type="checkbox"/> <i>ubytki</i> <input type="checkbox"/> <i>protezy zębowe</i> <input type="checkbox"/>
<i>Układ moczowopłciowy</i>	<i>ilość moczu</i>	<i>prawidłowa</i> <input type="checkbox"/> <i>wielomocz</i> <input type="checkbox"/> <i>skąpomocz</i> <input type="checkbox"/> <i>bezmocz</i> <input type="checkbox"/>
	<i>barwa moczu</i>	<i>prawidłowa</i> <input type="checkbox"/> <i>ciemny</i> <input type="checkbox"/> <i>słomkowy</i> <input type="checkbox"/> <i>krwisty</i> <input type="checkbox"/>
	<i>dolegliwości</i>	<i>pieczenie</i> <input type="checkbox"/> <i>swędzenie</i> <input type="checkbox"/> <i>bolesne parcie</i> <input type="checkbox"/> <i>utrudniony odpływ</i> <input type="checkbox"/> <i>nieдержание moczu</i> <input type="checkbox"/>
	<i>cięża</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>

SFORMUŁOWANIE DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIEJ. CELÓW OPIEKI, PRZEBIEGU ZAPLANOWANEJ I ZREALIZOWANEJ OPIEKI, OCENA I ZALECENIA DAJSZEJ OPIEKI

<i>Imię i nazwisko studenta:</i>		<i>Numer albumu:</i>	
<i>1. Diagnoza pielęgnarska</i>	<i>Cele opieki pielęgnarskiej</i>	<i>Plan postępowania</i>	
<i>2. Diagnoza pielęgnarska</i>	<i>Cele opieki pielęgnarskiej</i>	<i>Plan postępowania</i>	
<i>3. Diagnoza pielęgnarska</i>	<i>Cele opieki pielęgnarskiej</i>	<i>Plan postępowania</i>	
<i>4. Diagnoza pielęgnarska</i>	<i>Cele opieki pielęgnarskiej</i>	<i>Plan postępowania</i>	

