

DOKUMENTACJA PROCESU PIELĘGNOWANIA

Pielęgniarstwo

Dane personalne:

Inicjały Imienia i nazwiska. 7

Wiek.

Płeć stan cywilny

Zamieszkiwanie – tylko wskazanie wieś/miasto

.....

Praca fizyczna/umysłowa

.....

Osoba opiekująca się chorym (bez danych osobowych np. mąż/żona/syn/córka, pielęgniarka, osoba trzecia)

.....

Tryb przyjęcia: nagły planowany GRUPA KRWI:

Rozpoznanie lekarskie:

Przyczyny przyjęcia chorego na oddział

.....

Dotychczasowa sytuacja pacjenta:

Przebyte choroby

Choroby współtowarzyszące

Poprzednie hospitalizacje

Leki stosowane w domu

Uczulenia

Nietolerancje pokarmowe

Nałogi

Warunki mieszkaniowe i sytuacja rodzinna:

Warunki mieszkaniowe(bez adresu)

Osoby zamieszkujące z chorym (bez danych osobowych)

Czy pacjent ma zapewnioną opiekę w domu ? **tak** **nie**

Choroby (problemy w rodzinie – bez danych osobowych)

Sytuacja zawodowa:

praca zawodowa emerytura/renta bezrobotny/a inne:

Rodzaj wykonywanej pracy:

Szkodliwości związane z wykonywaną pracą

.....

Środki utrzymania :

pensja emerytura renta zasiłek zapomogi inne

Przyzwyczajenia życiowe:

Zainteresowania
 Sposób spędzania wolnego czasu
 Dieta stosowana w domu
 Sen (przeciętna liczba godzin)
 Samoocena stanu zdrowia
 Sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych

Pielęgniarska ocena stanu chorego

Stan psychiczny:

Świadomość:	pełna	senność	splątane	stan przed-śpiączkowy	śpiączka
Myślenie logiczne:	pełne		częściowe		brak
Zapamiętywanie:	pełne		częściowe		brak
Kontakt słowny:	pełne		częściowe		brak
Koncentracja:	pełna		częściowa		brak

Układ oddechowy:

Liczba oddechów: Charakter oddechów:
 Kaszel, rodzaj, objawy towarzyszące:
 Plwocina (rodzaj, zapach, wygląd):
 Duszność:
 Inne:

Układ krążenia:

Tętno:
 Ciśnienie tętnicze:
 Obrzęki (rodzaj, lokalizacja)
 Sinica:
 Inne:

Układ pokarmowy i stan odżywienia:

Masa ciała w kg Wzrost
 Stan odżywienia: prawidłowy niedożywienie nadwaga otyłość
 Odwodnienie: tak nie
 Łaknienie: prawidłowe wzmożone obniżone
 Sposób odżywiania: doustne przez sondę przetokę dożylnie
 Rodzaj diety:
 Oddawanie stolca: prawidłowe, zaparcia, biegunka (częstość, wygląd) odbył brzusny;
 Objawy: -wymioty (charakter, ilość, czas trwania)
 -nudności, zgaga, odbijanie;
 Inne:

Układ moczowo – płciowy:

Diureza dobową godzinową
 Sposób wydalania moczu: fizjologiczny/prawidłowy, nieotrzymanie moczu, cewnik, przetoka;

Menstruacja: prawidłowa zaburzona menopauza;
 Cięża: **tak** (tydz.) **nie**;

Narządy zmysłów:

Wzrok: prawidłowy niedowidzenie ślepotą okulary
 Słuch: prawidłowy osłabiony głuchota aparat słuchowy
 Czucie: prawidłowe zaburzone
 Równowaga: prawidłowa zaburzona

Skóra i błony śluzowe:

Temperatura ciała Zabarwienie powłok Napięcie powłok
 Zmiany na skórze i/lub błonach śluzowych – charakter
 Umiejscowienie zmian patologicznych (okolice ciała)
 Ryzyko odleżyn wg Skali Norton.....
 Ocena stopnia odleżyny wg Skali Torenca.....
 Rana urazowa / pooperacyjna (lokalizacja)

Aktywność ruchowa / samoobsługa:

Chory: leżący siedzący chodzący

Zakres i rodzaj pomocy wymaganej przy poruszaniu się:

	<i>samodzielny</i>	<i>częściowo zależny</i>	<i>całkowicie zależny</i>
czynności higieniczne.....			
ubieranie się			
odżywianie			
wydalanie			

Sen i wypoczynek:

Prawidłowy zaburzony (charakter zaburzeń)

Stan emocjonalny:

Nastrój: wyrównany podwyższony obniżony

Reakcja pacjenta na chorobę:

Stosunek pacjenta do personelu, innych chorych, rodziny (bez danych osobowych):

Ból: lokalizacja charakter nasilenie wg wybranej skali do oceny bólu

Dodatkowe informacje o chorym (bez danych osobowych):

Diagnoza pielęgniarska.....

Zalecenia pielęgniarskie przy wypisie chorego ze szpitala

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