

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

Pielęgniarstwo

Dane personalne:

Inicjały Imienia i nazwiska. =

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)

Samooocena stanu zdrowia

Sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych

Pielęgniarska ocena stanu chorego**Stan psychiczny:**

Świadomość: pełna / senność splątane stan przed-śpiączkowy śpiączka

Liczba punktów w skali Glasgow:

Myślenie logiczne: pełne częściowe brak

Zapamiętywanie: pełne częściowe brak

Kontakt słowny: pełne częściowe 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)
odbyt brzuszny;
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;
Ciąża: **tak** (tydz.) **nie**;

Narządy zmysłów:

Wzrok: prawidłowy niedowidzenie ślepota 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 (okolice ciała)
.....
Ryzyko odleżyn wg Skali odleżyn
.....
Rana urazowa / pooperacyjna (lokalizacja)
.....

Aktywność ruchowa / samoobsługa:

Chory: leżący siedzący chodzący
Zakres i rodzaj pomocy wymaganej przy poruszaniu się
 samodzielny **częściowo zależny** **całkowicie zależny**
mycie
kąpiel
ubieranie się
odżywianie
wydalanie

Sen i wypoczynek:

Prawidłowy zaburzony (charakter zaburzeń)

Stan emocjonalny:

Nastroj wyrównany podwyższony obniżony

Reakcja pacjenta na chorobę:

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

Ból: lokalizacja charakter nasilenie

Ważne informacje o chorym (bez danych osobowych):

Wypis chorego ze szpitala**Zalecenia**

Problemy pielęgnacyjne
Cel opieki pielęgniarstwa
Plan opieki pielęgniarstwa
Ocena zastosowanego działania pielęgnacyjnego