

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

Nazwa placówki szkoleniowej:

Oddział:

Nazwisko i imię studenta:

Nr indeksu:

Rok akademicki:

Arkusz gromadzenia danych o pacjencie

A. Dane personalne

Inicjały pacjenta: Płeć: M K Wiek: Stan cywilny:

Wykształcenie: Zawód:

Miejsce zamieszkania: miasto wieś

B. Sytuacja zdrowotna pacjenta

Przebyte choroby/zabiegi operacyjne:

Choroby współistniejące:

Alergia:

Pobyty w szpitalu:

Data przyjęcia do szpitala: tryb przyjęcia: planowy nagły

Rozpoznanie lekarskie:

C. Stan biologiczny

Układ krążenia

Tętno: częstość miarowość tak nie napięcie

RR: obrzęki nie tak sinica nie tak obwodowa centralna

Inne

Układ oddechowy

Oddech: częstość..... charakter prawidłowy patologiczny jaki?.....

Duszność: tak nie wysiłkowa spoczynkowa

nasilenie.....

Drożność dróg oddechowych: prawidłowa zaleganie wydzieliny katar

Kaszel: nie tak suchy wilgotny napadowy

Inne

Układ nerwowy

Stan świadomości: pełny senność zamroczenie śpiączka

Kontakt słowny: prawidłowy zaburzenia mowy brak

Sen: prawidłowy trudności jakie?

Niedowładność porażenia

Napięcie mięśniowe: prawidłowe wzmoczone obniżone

Narządy zmysłu

Wzrok: prawidłowy niedowidzenie niewidomy okulary soczewki

Słuch: prawidłowy niedosłuch głuchota aparat słuchowy/implant ślimakowy

Czucie dotyku: prawidłowe ubytki czucia

Czucie temperatury: prawidłowe ubytki czucia

Ból: nie tak Natężenie bólu wg skali
 charakter
 lokalizacja

Inne:

Układ pokarmowy

Łaknienie: prawidłowe zmniejszone zwiększone brak

Pragnienie: prawidłowe zwiększone zmniejszone

Stan jamy ustnej: prawidłowy ubytki zębowe proteza

 zmiany na śluzówkach jakie?

Polykanie: prawidłowe zaburzone

Wydalenie stolca: prawidłowe zaburzone nierzymanie stolca

 biegunka

Objawy dyspeptyczne: odbijanie zgaga wzdęcia nudności wymioty

Inne

Układ moczowy-płciowy

Wydalenie moczu: prawidłowe zaburzenia jakie?

Cewnikowanie (data założenia cewnika)/sprzęt pomocniczy (pieluchomajtki, wkładki, inne)

Ból: nie tak charakter lokalizacja

Menstruacja: tak nie Przebyte ciąży:

Skóra

Czysta (ocena)

Włosy/paznokcie (ocena)

Zabarwienie: różowa blada zażółcona

Elastyczność: prawidłowa zmniejszona

Ciepłota ciała:°C ocena temperatury ciała:

Cechy odwodnienia: nie tak

Odleżyna: nie ocena ryzyka wg skali Norton liczba pkt

tak lokalizacja, ból stopień wg skali Torrance'a

Rana pooperacyjna: nie tak uwagi:

Zmiany skórne jakie?

Inne:

Układ kostno-stawowo-mięśniowy

Sprawność ruchowa: prawidłowa zmniejszona uwagi

Sprzęt pomocniczy:

Przykurcze: nie tak lokalizacja - staw.....

Zaniki mięśni: nie tak lokalizacja

Inne:

Stan odżywienia

Masa ciała Wzrost BMI

Sposób odżywiania: doustny przez sondę parenteralnie inne

Rodzaj diety:

Nawyki żywieniowe:

Inne:

D. Stan psychiczny

Zaburzenia psychiczne nie tak jakie?

Nastroj: wyrównany obniżony podwyższony przyczyna

Reakcja na pobyt w placówce:

.....

Nastawienie do choroby:

.....

Samoocena stanu sytuacji zdrowotnej:

.....

E. Sytuacja rodzinno-społeczna

Mieszka: sam/a z rodziną placówka opiekuńcza bezdomny

Warunki mieszkaniowe: dobre średnie złe

uwagi:

Środki utrzymania: pensja renta emerytura inne

Czy pacjent ma zapewnioną opiekę w domu? nie tak osoba opiekująca się pacjentem:

Inne:

Styl życia (aktywność fizyczna, odżywianie, nałogi, radzenie sobie ze stresem):

Inne informacje istotne dla opieki pielęgniarstwa i edukacji pacjenta/rodziny:

Wydolność samoobsługowa	Radzi sobie	Ma trudności	Nie radzi sobie	Wydolność samoobsługowa	Radzi sobie	Ma trudności	Nie radzi sobie
1. Spożywanie posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Chodzenie po schodach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Jazda na wózku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Utrzymanie higieny osobistej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ubieranie i rozbieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Korzystanie WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Kontrola zwieracza odbytu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mycie kąpiel całego ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Kontrola zwieracza moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Przejście pow. 50 m (ew. za pomocą sprzętu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uwagi:			

Kategoria opieki pielęgniarstwa w dniu przyjęcia (zaznacz właściwą):

I	OPIEKA MINIMALNA	<input type="checkbox"/>
II	OPIEKA UMIARKOWANA	<input type="checkbox"/>
III	OPIEKA WZMOŻONA	<input type="checkbox"/>
IV	OPIEKA INTENSYWNA	<input type="checkbox"/>

PROPONOWANY MODEL PIELĘGNOWANIA (wraz z uzasadnieniem)

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

Skala ryzyka powstania odleżyn - Skala Norton

Inicjały pacjenta	Wynik	Data oceny
.....

Suma 20 pkt. - ryzyko powstania odleżyn stwierdza się przy sumie równej lub niższej od 14 pkt.

Stan fizyczny - pkt.

- Dobry - 4
- Dość dobry - 3
- Średni - 2
- Bardzo ciężki - 1

Stan świadomości - pkt.

- Pełna przytomność i świadomość- 4
- Apatia - 3
- Zaburzenia świadomości- 2
- Śpiączka - 1

Aktywność (zdolność przemieszczania) - pkt.

- Chodzi samodzielnie - 4
- Chodzi z asystą- 3
- Porusza się tylko na wózku inwalidzkim- 2
- Stale pozostaje w łóżku- 1

Stopień samodzielności przy zmianie pozycji - pkt.

- Pełna - 4
- Ograniczona - 3
- Bardzo ograniczona - 2
- Całkowita niesprawność - 1

Czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej - pkt.

- Pełna sprawność zwieraczy - 4
- Sporadyczne moczenie się- 3
- Zazwyczaj nietrzymanie moczu - 2
- Całkowite nietrzymanie moczu i stolca - 1

Klasyfikacja odleżyn wg skali Torrance'a

Stopień I – zaczerwienienie blednące; ucisk palcem powoduje zblednięcie zaczerwienienia, ponieważ mikrokrażenie nie jest jeszcze uszkodzone.

Stopień II – zaczerwienienie nieblednące; lekki ucisk nie powoduje zniesienia zaczerwienienia; dokonane uszkodzenie mikrokrażenia. Mogą pojawiać się powierzchniowe uszkodzenia naskórka, pęcherze i ból.

Stopień III - uszkodzenie wszystkich warstw skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem, dno wypełnia czerwona ziarnina lub żółte masy rozpadających się tkanek. Dookoła rany występuje rumień i obrzęk.

Stopień IV – uszkodzenie obejmuje skórę i tkankę podskórną. Brzeg rany zwykle dobrze odgraniczony, dno odleżyny może pokrywać czarna martwica.

Stopień V - martwica dotyczy także powięzi i mięśni, czasem stawów i kości. Powstają jamy, w ranie znajdują się rozpadające masy tkanek i czarna martwica; występuje przykry zapach i obfity wyciek treści ropno-martwiczej; jamy często się łączą

Kolorowy system klasyfikacji ran przewlekłych

Rany czarne – sucha lub miękka czarna lub brązowa martwica wypełniająca dno odleżyny IV lub V.

Rany żółte – kolor odleżyny pochodzi od martwiczych mas głównie z tkanki tłuszczowej; często są to rany zainfekowane.

Rany czerwone – oznaczają fazę ziarninowania; ziarnina jest bardzo delikatna, nawet przy mikrourazach krwawi.

Rany różowe – oznaczają fazę naskórkowania.

Wyznaczniki kategoryzacji chorych

Kategoria I – opieka minimalna – pacjent chodzący, samodzielny, nie wymaga specjalnej diety, samodzielny w zaspokajaniu potrzeb, parametry życiowe (HR, temp.) mierzone 2x/dobę, otrzymuje leki doustne, ma dobrą orientację w sprawach zdrowia, nie wymaga oddziaływania psychicznego

Kategoria II – opieka umiarkowana – pacjent wymaga opieki pielęgniarskiej przy niektórych czynnościach, większą część czasu spędza w łóżku, czynności higieniczne wykonuje samodzielnie, ale wymaga niewielkiej pomocy, wymaga specjalnej diety, sam spożywa posiłki, wymaga pomocy w zaprowadzaniu do WC, parametry życiowe (HR, RR, temp.) mierzone 2x/dobę, otrzymuje leki im. i per os, ma słabą orientację w sprawach zdrowia, wymaga opieki psychospołecznej personelu

Kategoria III – wzmożona opieka – pacjent wymaga pomocy pielęgniarki przy wszystkich czynnościach, pacjent leżący, nie opuszcza łóżka, może sam zmieniać pozycję, wymaga pomocy przy wykonywaniu toalety, wymaga karmienia lub pomocy drugiej osoby, wymaga podania kaczki lub basenu, parametry życiowe (RR, HR, temp.) mierzone częściej niż 2x/dobę, otrzymuje leki im., iv., per os, nie ma orientacji w sprawach zdrowia, wymaga wsparcia personelu i rodziny.

Kategoria IV – opieka intensywna – pacjent wymaga wszechstronnej opieki pielęgniarskiej (nieprzytomny, ciężko chory, po zabiegu operacyjnym, inne), pacjent leżący wymagający zmian pozycji ciała, wymaga kompleksowej toalety ciała, odżywiany przez zgłębnik lub parenteralnie, ma założony cewnik lub zanieczyszcza się, ma prowadzone karty intensywnego nadzoru i obserwacji chorego, wymaga wsparcia personelu i rodziny

Karta bieżącej oceny stanu pacjenta

Data	Ocena stanu pacjenta: podstawowe parametry życiowe, zmiana stanu zdrowia, reakcja na badania, zabiegi, leki	Podpis studenta

PROCES PIEŁĘGNOWANIA

DATA	DIAGNOZY PIEŁĘGNIARSKIE	CEL OPIEKI	PLANOWANE DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE	REALIZOWANE DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE	WYNIKI OPIEKI

PROCES PIEŁĘGNOWANIA

DATA	DIAGNOZY PIEŁĘGNIARSKIE	CEL OPIEKI	PLANOWANE DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE	REALIZOWANE DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE	WYNIKI OPIEKI