

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

Nazwa placówki szkoleniowej:.....

Oddział:

Nazwisko i imię studenta:

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:

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

Choroby współistniejące:

.....
.....

Alergia:

.....

Data przyjęcia do szpitala: tryb przyjęcia: planowy nagły

Rozpoznanie lekarskie:

.....
.....

C. Stan biologiczny

Układ krążenia

Tętno: częstość miarowość: tak nie

napięcie

RR: obrzęki tak nie sinica tak nie centralna obwodowa

Inne

Układ oddechowy

Oddech: częstość charakter: prawidłowy patologiczny

jaki?

Duszność: tak nie spoczynkowa wysiłkowa

nasilenie

Drożność dróg oddechowych: prawidłowa katar zaleganie wydzieliny

Kaszel: tak nie napadowy wilgotny

suchy

Inne

Skóra

Czysta (ocena)

.....
.....

Włosy/paznokcie (ocena)

Zabarwienie: różowa blada zażółcona

Elastyczność: prawidłowa zmniejszona

Zmiany skórne jakie?

Inne:

Układ kostno-stawowo-mięśniowy

Przykurcze: nie tak lokalizacja - staw

Zaniki mięśni: nie tak lokalizacja

Inne:

Stan odżywienia

Masa ciała.....Wzrost..... BMI

Sposób odżywiania: doustny przez sondę parenteralnie inne

Nawyki żywieniowe:

Inne:

Ocena stanu odżywienia (wg skali

.....
.....

Ocena zagrożenia odleżynami (wg skali

.....
.....

D. Stan psychiczny

Zaburzenia psychiczne tak nie jakie?.....

Nastrój: wyrównany podwyższony obniżony

przyczyna.....

Reakcja na pobyt w placówce:

Nastawienie do choroby:

Samoocena stanu sytuacji zdrowotnej:

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:

Wydolność samoobsługowa

Radzi sobie

Ma trudności

Nie radzi sobie

- | | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Spożywanie posiłków | <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"/> |
| 3. Utrzymanie higieny osobistej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Korzystanie WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mycie kąpiel całego ciała | <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"/> |
| 7. Chodzenie po schodach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Jazda na wózku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ubieranie i rozbieranie się | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kontrola zwieracza odbytu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kontrola zwieracza moczu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uwagi:.....

.....

Ocena stanu pacjenta z udarem wg Skandynawskiej skali Udaru

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

Ocena czynności samoobsługowych pacjentów neurologicznych wg skal:

- Bartel - pkt.....

.....

- ADL - pkt.

.....

Ocena bólu u pacjentów z zespołem bólowym wg skal:

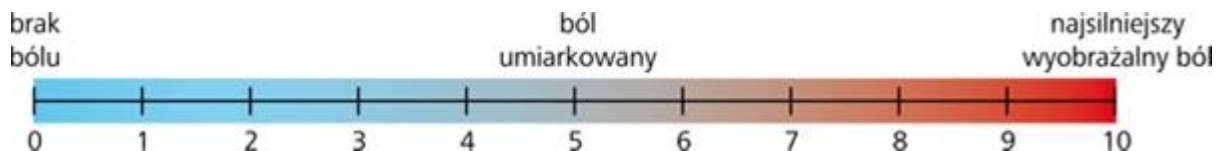
- VAS - pkt.

- Skala Laitinena - pkt.

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

SKALA VAS



Skala Laitinena

Wskaźnik	Ocena problemu
Nasilenie bólu	Bez bólu
	Łagodny
	Silny
	Bardzo silny
	Nie do wytrzymania
Częstotliwość występowania bólu	Nie występuje
	Okresowo
	Często
	Bardzo często
	Ból ciągły
Częstotliwość zażywania środków przeciwbólowych:	Brak środków przeciwbólowych
	Doraźnie
	Ciągle - małe dawki
	Ciągle - duże dawki
	Ciągle - bardzo duże dawki
Częstotliwość zażywania środków przeciwbólowych:	Żadne
	Częściowe
	Utrudniające pracę
	Uniemożliwiające pracę
	Uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie

Skala ryzyka powstania odleżyn - Skala Horton

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

Skala oceny stanu odżywienia MNA (Mini Nutritional Assessment)

Inicjały pacjenta Wynik Data oceny

12 punktów i powyżej – prawidłowy stan odżywienia

11 punktów i poniżej – ryzyko niedożywienia

PYTANIE KWESTIONARIUSZA	OCENA	PUKTACJA
Czy przyjmowanie pożywienia w ciągu ostatnich 3 miesięcy uległo zmniejszeniu z powodu utraty apetytu, zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, zaburzeń żucia lub połykania?	Apetyt prawidłowy	2
	Średnio nasiloną utratą apetytu	1
	Znaczna utrata apetytu	0
Jak duża utrata masy ciała nastąpiła w zeszłym miesiącu?	Brak utraty masy ciała	3
	Utrata w granicach 1 – 3 kg	2
	Chory nie potrafi ocenić	1
	Utrata >3kg	0
Jaka jest zdolność chorego do poruszania się?	Porusza się swobodnie, wychodzi na zewnątrz	2
	Wstaje z łóżka, ale nie wychodzi na zewnątrz 1	1
	Leży w łóżku lub siedzi na krześle	0
Przebyta sytuacja stresowa lub ostra choroba w ciągu ostatnich 3 miesięcy	Nie	1
	Tak	0
Czy chory ma problemy psychoneurologiczne?	Bez zaburzeń neurologicznopsychiatrycznych	2
	Średnio nasiloną demencją	1
	Ciężką demencją lub depresją	0
Wskaźnik masy ciała BMI	23 lub więcej	3
	21 – 22	2
	19 – 20	1
	< 19	0
Razem		23

Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Bartel

Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia

L.p.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1	Spożywanie posiłków: 0 -nie jest w stanie /samodzielnie jeść 5 -potrzebuje pomoc w krojeniu. smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 -samodzielna, niezależna	
2	Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/ 0 -nie jest w stanie. Nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 -większa pomoc /fizyczna, jedna lub dwie osoby/ 10 -mniejsza pomoc /słowna lub fizyczna/ 15 -samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 -potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 -niezależny przy myciu twarzy. Czesaniu się, myciu zębów/ z zapewnionymi pomocami/	
4	Korzystanie z toalety /WC/ 0-zależny 5-potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam 10- niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 -zależny 5 -niezależny /lub pod prysznicem/	
6	Poruszanie się /po powierzchni płaskich/: 0- nie porusza się lub < 50 m 5 -niezależny na wózku. Wliczając zakręty> 50 m 10 -spacery z pomocą /słowną lub fizyczną / jednej osoby>50 m 15- niezależny/ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski/>50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0- nie jest w stanie 5- potrzebuje pomocy /słownej, fizycznej. przenoszenie/ 10- samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 -zależny 5 -potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę bez pomocy 10 -niezależny / zapinaniu guzików, zamka., sznurowadeł itp./	
9	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0 -nie panuje nad oddawaniem stolca /lub potrzebuje lewatyw/ 5- czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10 -panuje /utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0- nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 -czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10- panuje /utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji (oceny)***	

SKANDYNAWSKA SKALA OCENY UDARU

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Funkcja	Ocena
Świadomość <ul style="list-style-type: none"> • pełna świadomość • ospały ale z pełną świadomością • reaguje na komendę słowną, ale nie jest całkowicie świadomy 	 6 4 2
Ruch oka <ul style="list-style-type: none"> • bez porażenia • prezentuje porażenie • z odchyleniami oka 	 4 2 0
Kończyna górna <ul style="list-style-type: none"> • unoszenie k.g. z normalnym napięciem • unoszenie k.g. ze zmniejszonym napięciem • unoszenie k.g. z wyprostu w stawie łokciowym • może ruszać, ale nie przeciw sile grawitacji • porażenie 	 6 5 4 2 0
Ręka <ul style="list-style-type: none"> • normalna siła • zmniejszona siła przy pełnym zakresie • niepełny ruch ,porusza palcami, nie zaciska w pięść • porażenie 	 6 4 2 0
Kończyna dolna <ul style="list-style-type: none"> • normalna siła • unoszenie k.d. ze zmniejszoną siłą • unoszenie k.d. z wyprostu w stawie kolanowym • może ruszać , ale nie przeciw sile grawitacji • porażenie 	 6 5 4 2 0
Orientacja <ul style="list-style-type: none"> • poprawna dla czasu, miejsca i osób • dwa z powyższych • jeden z powyższych • kompletna dezorientacja 	 6 4 2 0
Mowa <ul style="list-style-type: none"> • bez afazji • ograniczone słownictwo, albo niespójna mowa • więcej niż „tak/nie,, ale bez dłuższych wypowiedzi • tylko „tak/nie,, albo wcale 	 10 6 3 0
Porażenie twarzy <ul style="list-style-type: none"> • bez/wątpliwe • aktualne/obecne 	 2 0
Chód <ul style="list-style-type: none"> • chód na dystansie 5m bez pomocy • chód z pomocą sprzętu i drugiej osoby • chód z pomocą drugiej osoby • siedzi bez podparcia • leży/jeździ na wózku inwalidzkim 	 12 9 6 3 0
PUNKTACJA	

MAKSYMALNIE 58 PUNKTÓW

Siła jest tylko mierzona po stronie uszkodzonej

**SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCIW ŻYCIU
CODZIENNYM
SKALA KATZA - ADL**

CZYNNOŚCI	STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI
Kąpiel (natrysk/wanna)	<ul style="list-style-type: none"> • całkowita samodzielność • niewielka pomoc, np. przy myciu niektórych części ciała • znaczna pomoc
Ubieranie się (wkładanie i zdejmowanie bielizny, wyjmowanie ubrań z szafy, używanie suwaka i guzików)	<ul style="list-style-type: none"> • całkowita samodzielność • częściowa pomoc – samodzielnie dobiera odzież, ale potrzebuje pomocy przy guzikach i suwaku • całkowity brak samodzielności
Toaleta (samodzielne pójście do toalety, załatwienie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się i porządkowanie odzieży)	<ul style="list-style-type: none"> • całkowita samodzielność (pacjent może używać balkonika, laski wózka a w nocy basenu) • potrzebuje pomocy – w toalecie, przy podmywaniu się lub korzystaniu z basenu • niezdolny do samodzielnego dbania o toaletę i załatwianie potrzeb fizjologicznych
Kontrolowanie zwieraczy (kontrolowanie moczu i stolca)	<ul style="list-style-type: none"> • całkowite kontrolowanie zwieraczy • częściowy brak kontroli • całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika
Spożywanie posiłków	<ul style="list-style-type: none"> • całkowita samodzielność – je bez pomocy • częściowa pomoc, np. krojenie, smarowanie • brak samodzielności – potrzeba karmienia lub konieczność założenia sondy
Poruszanie się	<ul style="list-style-type: none"> • całkowita samodzielność – kładzie się i wstanie z łóżka oraz siadanie i wstawanie z krzesła bez pomocy lub za pomocą laski • kładzenie się lub wstawanie z łóżka lub krzesła tylko przy pomocy • stałe przebywanie w łóżku

Wynik:

Interpretacja:

- 0-2 punkty – znaczne upośledzenie sprawności w zakresie ADL
- 3-4 punkty – umiarkowane upośledzenie sprawności w zakresie ADL
- 5-6 punktów – osoby sprawne w zakresie czynności życia codziennego

Karta bieżącej oceny stanu pacjenta

Data	Ocena stanu pacjenta	Podpis studenta

PROCES PIEŁĘGNOWANIA

DATA	PROBLEM PIEŁĘGNACYJNY	CEL OPIEKI	PLANOWANE DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE	REALIZACJA DZIAŁAŃ PIEŁĘGNIARSKICH	OCENA WYNIKÓW OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ

