

DOKUMENTACJA PROCESU PIEŁĘGNOWANIA

Nazwa placówki szkoleniowej:

Oddział:

Nazwisko i imię studenta:

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 nie tak jakie?

Nastroj: wyrównany obniżony podwyższony 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 takosoba opiekująca się pacjentem:

Inne:

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

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

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	PUNKTACJA
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
	Leży w łóżku lub siedzi na krześle	0
Przeżyta sytuacja stresowa lub ostra choroba w ciągu ostatnich 3 miesięcy	Nie	1
	Tak	0
Czy chory ma problemy psychoneurologiczne?	Bez zaburzeń neurologiczno-psychiatrycznych	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

Źródło: Strugała M. Talarska D. Dokumentacja procesu pacjenta leczonego zachowawczo.[red] Talarska D. Zozulińska – Ziółkiewicz D. Pielęgniarstwo internistyczne .Podręcznik dla studiów medycznych.PZWL Warszawa 2010

Skala Oceny Bólu – Skala numeryczna NRS (*Numerical Rating Scale*)

Inicjały pacjenta.....

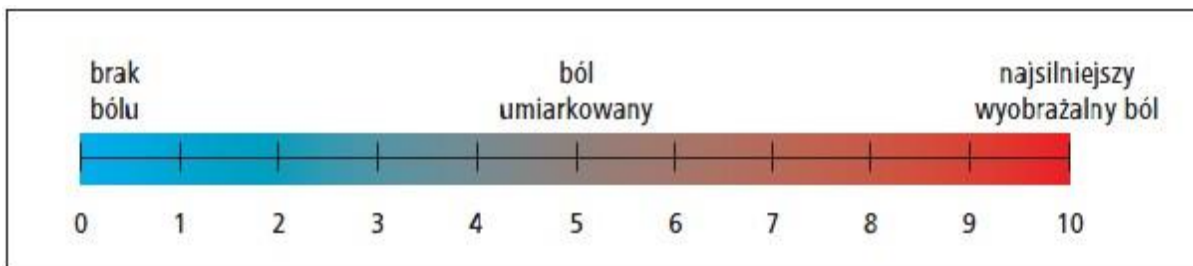
Wynik.....

Data oceny.....

0 - brak bólu

5 - ból umiarkowany

10 - najsilniejszy wyobraźalny ból



Pacjenta należy poprosić o wybranie liczby najlepiej pasującej do odczuwanego nasilenia bólu

Karta bieżącej oceny stanu pacjenta

Data	Ocena stanu pacjenta	Podpis studenta

PROCES PIELĘGNOWANIA

DATA	PROBLEM PIELĘGNACYJNY	CEL OPIEKI	PLANOWANE DZIAŁANIA PIELĘGNIARSKIE	REALIZACJA DZIAŁAŃ PIELĘGNIARSKICH	OCENA WYNIKÓW OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ