

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

Oddział geriatryczny

Nazwisko i imię studenta:

Nr albumu:

Imię i nazwisko studenta.....Nr albumu.....

rok studiów..... semestr.....

Dokumentacja procesu pielęgnowania

Dane osobowe chorego:

Imię i nazwisko /Inicjały		Wykształcenie / zawód	
Wiek		Źródło utrzymania	
Płeć		Stan rodzinny	
Stan cywilny		Kontakt z rodziną	

Oddział.....Nr Sali.....Data objęcia opieką.....

Tryb przyjęcia: nagły/ planowy/przeniesiony z

Rozpoznanie lekarskie.....

Schorzenia towarzyszące.....

Przebyte choroby i operacje:.....

Leki stale przyjmowane.....

Zgłaszane dolegliwości (w dniu objęcia opieką lub przyjęcia):.....

.....
.....

Ból (charakter, miejsce, czas, częstotliwość i nasilenie).....

.....
.....

Ocena natężenia bólu wg skali VAS.....

Podstawowe parametry życiowe w dniu przyjęcia/objęcia opieką.

temperatura	tętno	ciśnienie	oddech

Kategoria opieki pielęgniarstwa w dniu przyjęcia /objęcia opieką.

I II III IV

Ocena stan bio- psycho- społecznego pacjenta

Układ krążenia:

Wartość CTK Tętno: liczba/min.....

Rytm: : regularne/nieregularne

Napięcie: prawidłowe/słabe/nadmierne,

Sinica: brak/obecna: lokalizacja.....

Inne

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Układ oddechowy:

Oddech: liczba/min.....

Kaszel: brak/suchy/wilgotny/stały/napadowy

Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych: tak/nie

Duszność: brak/wysilkowa/spoczynkowa/napadowa/stridor

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Układ pokarmowy i stan odżywiania:

Ciężar ciała w kg.....Wzrost.....BMI:.....WHR.....

Łaknienie: prawidłowe/brak, Nudności, wymioty: brak/obecne

Sposób odżywiania: doustnie/przez sondę/przetokę/pozajelitowe

Zaparcia: brak/obecne

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Układ moczowo - płciowy

Diureza dobową:.....

Sposób wydalania moczu: fizjologiczny/cewnik/przetoka

Nietrzymanie moczu: brak/obecne: okresowe/stałe

Menstruacja: prawidłowa/zaburzona/menopauza/ciąża

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Układ mięśniowo-szkieletowy:

Postawa ciała: prawidłowa/nieprawidłowa

Sprawność kończyn górnych: pełna/ograniczona/brak

Sprawność kończyn dolnych: pełna/ograniczona/brak

Zakres ruchów: pełny/ograniczony/brak

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Układ nerwowy:

Orientacja: zaburzona/niezaburzona

Świadomość: pełna/senność/stan przedśpiączkowy/śpiączka

Punktacja wg skali Glasgow.....

Chód: prawidłowy/nieprawidłowy/nie chodzi

Mowa: płynna/zaburzenia:

Afazja: brak/obecna

Sprawność umysłowa:

Myślenie: prawidłowe/ nieprawidłowe

Pamięć: prawidłowa/zaburzona

Uwaga: prawidłowa/zaburzona

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Skóra:

Zabarwienie: prawidłowe/blade/zaczerwienienie/sinica

Zmiany (charakter).....

Rany: brak/obecne.....

Odleżyny: brak/ryzyko/obecne: lokalizacja/stopień**Ryzyko powstania odleżyn wg skali Norton:**.....**Odleżyn:** stopień wg Torrance'a.....umiejscowienie.....

.....etap gojenia.....

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Stan emocjonalny:

Nastrój: wyrównany/podwyższony/ obniżony

Reakcja pacjenta na chorobę.....

Stosunek pacjenta do personelu: współpraca/brak współpracy

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Zmysły:

Widzenie: prawidłowe/ślepotą/zaburzone:.....

Słyszenie: prawidłowe/ głuchota/zaburzone:.....

Zaburzenia równowagi: brak/obecne:.....

O	
L	
D	
C	
A	
R	
T	

Ocena sprawności pacjenta: samodzielny/ograniczony/zależny

Punkcja wg. indexu Barthel.....

Ocena prowadzącego:.....

MONITOROWANIE WKŁUĆ DOŻYLNÝCH

Data i godz. założenia wkłucia	Podpis nauczyciela/ studentki	Obserwacja wkłucia	Data i godz. usunięcia wkłucia	Podpis nauczyciela/ studentki

WSKAZÓWKI DLA PACJENTA I/LUB RODZINY (PRZY WYPISIE)

Wskazówki i zalecenia pielęgniarские
Nazwisko i imię pacjenta
Data i podpis studentki.....

KARTA OBSERWACJI CHOREGO Z ZAŁOŻONYM CEWNIKIEM MOCZOWYM

Inicjały pacjenta.....Data założenia cewnika.....Data usunięcia cewnika.....

Przyczyna założenia cewnika.....

Data- kolejne dni z cewnikiem					
ból					
pieczenie					
gorączka					
Parcie: na mocz/ na pęcherz /cewkę moczową					
krwiomocz					
ropomocz					
inne objawy					
ilość wydalonego moczu / zakres h					
wymiana/usunięcie cewnika					
podpis osoby dokonującej obserwacji					

Karta pielęgnacji chorego

Data	Diagnoza pielęgnarska Objawy Przyczyny	Cel podejmowanej opieki nad chorym	Podjęte interwencje pielęgnarskie	Ocena oraz wskazówki do dalszej pielęgnacji

Skala Glasgow (Glasgow Coma Scale)

Otwieranie oczu

spontanicznie samoistnie	4
na polecenie	3
na ból	2
brak nie otwiera	1

Odpowiedź słowna

zorientowany	5
splątany chaotyczna rozmowa	4
nieprawidłowe słowa niewłaściwe słowa	3
niezrozumiałe słowa niezrozumiały szept	2
brak	1

Odpowiedź ruchowa

spełnia polecenia	6
lokalizuje ból	5
cofa kończynę po bodźcu bólowym reaguje na ból cofaniem	4
zgina kończynę po bodźcu bólowym reaguje na ból zginaniem	3
reakcja wyprostna po bodźcu bólowym reaguje na ból prostowaniem	2
brak reakcji	1

Interpretacja wyniku:

- 13 – 15 – łagodne zaburzenia przytomności
- 9 – 12 – umiarkowane zaburzenia przytomności
- < 8 – śpiączka

Skala VAS

OPISOWA SKALA BÓLU



SKALA INTENSYWNOŚCI BÓLU NUMERYCZNA



WZROKOWA SKALA ANALOGOWA



Skala Doreen Norton.

Stan fizyczny	Stan psychiczny	Aktywność fizyczna	Zdolność poruszania się	Nietrzymanie stolca/moczu
dobry (4)	czujny (4)	chodzi sam (4)	pełna (4)	nie (4)
dość dobry (3)	apatyczny (3)	z pomocą (3)	lekko ograniczona (3)	sporadycznie (3)
zły (2)	splątany (2)	siedzi (2)	bardzo ograniczona (2)	nietrzymanie moczu (2)
bardzo zły (1)	zamroczone (1)	brak (1)	brak (1)	nietrzymanie stolca (1)

Liczba punktów poniżej 14 świadczy o ryzyku powstania odleżyn.

Klasyfikacja odleżyn. Podział odleżyn wg Torrance'a.

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

Stopień II – zaczerwienienie nieblednące; dokonane uszkodzenie mikrokrążenia. 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.

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 i „kieszki”, które są ze sobą połączone. Rana wypełniona jest czarnobrazowymi masami rozpadających się tkanek.

System kolorowy - planowanie leczenia odleżyn.

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

Index Barthel

Aktywność	Punktacja
1	<p>Spożywanie posiłków 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 – samodzielny, niezależny</p>
2	<p>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie) 0 – nie jest w stanie nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc (fizyczna) jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 – samodzielny</p>
3	<p>Utrzymanie higieny osobistej 0 – potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, goleniu się, czesaniu, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</p>
4	<p>Korzystanie z toalety 0 – zależny 5 – częściowo potrzebuje pomocy 10 – niezależny w dotarciu do toalety oraz zakładaniu i zdejmowaniu ubrania</p>
5	<p>Mycie, kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 – niezależny</p>
6	<p>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 – nie porusza się samodzielnie lub jest zależny na wózku 5 – niezależny na wózku lub porusza się na odległość < 50 m przy użyciu sprzętu wspomagającego 10 – spaceruje z pomocą jednej osoby na odległość > 50 m 15 – niezależny, także przy użyciu sprzętu wspomagającego na odległość > 50 m</p>
7	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 – nie jest w stanie samodzielnie wykonać czynności 5 – potrzebuje pomocy (fizycznej, asekuracji, słownej) 10 – samodzielny</p>
8	<p>Ubieranie się i rozbieranie 0 – całkowicie zależny 5 – potrzebuje pomocy, część czynności wykonuje samodzielnie 10 – samodzielny</p>
9	<p>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatywy 5 – sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 – kontroluje oddawanie stolca</p>
10	<p>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 – sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 – kontroluje oddawanie moczu</p>

Interpretacja wyników:

86 – 100 pkt. – stan pacjenta „lekki”,

21 – 85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”,

0 – 20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”

BIEŻĄCA OCENA STANU PACJENTA

Data / godzina	Opis stanu (podstawowe parametry, zmiana stanu zdrowia, reakcja na zabiegi, leki)

