

**DOKUMENTACJA PROCESU PIEŁĘGNOWANIA**

**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 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 .....



**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? .....

Nastrój: 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  tak  osoba 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	<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:			

## 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 demencja	1
	Ciężka demencja lub depresja	0
Wskaźnik masy ciała BMI	23 lub więcej	3
	21-22	2
	19-20	1
	<19	0
<b>Razem</b>		<b>23</b>

*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 :75*

# Karta oceny bólu

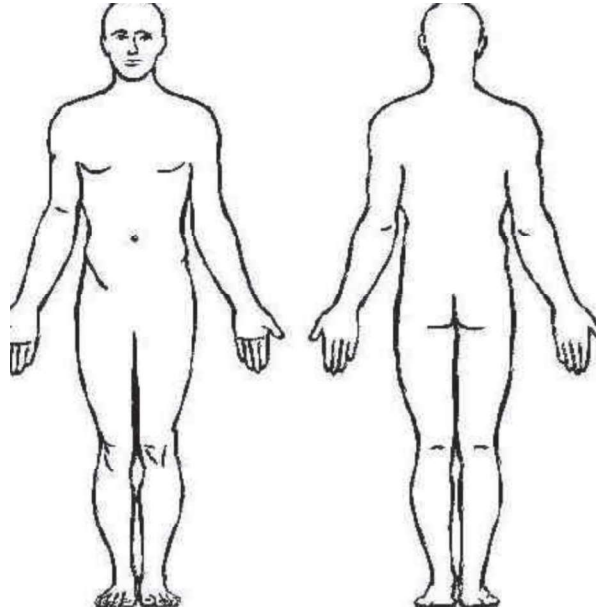
Nazwisko i imię pacjenta:

.....

Data: .....

## 1. Lokalizacja i promieniowanie bólu:

(zaznacz na schemacie ciała)



## 2. Wzorzec czasowy bólu:

- ciągły
- przerywany – jak często .....
- od kiedy .....

## 3. Jakość bólu:

- parastezje
- parzenie/palenie
- bóle napadowe przesywające
- alodynia
- kolka
- inne - jakie .....

## 4. Natężenie bólu:

(w poniższej tabeli proszę zaznaczyć ocenę bólu według skali numerycznej NRS 0-10)

W chwili badania	Ostatnia doba		Maksymalne natężenie bólu w czasie ostatniego tygodnia lub od ostatniej wizyty
	Średnie natężenie bólu	Maksymalne natężenie bólu	
NRS .....	NRS .....	NRS .....	NRS .....

- co nasila ból .....

- co łagodzi ból .....



**5. Bóle przebijające:**

TAK

NIE

-  ile razy na dobę - .....

-  spontanicznie

-  incydentalnie

- co wyzwała bóle incydentalne: .....

**6. Wpływ bólu na:**

- codzienną aktywność  TAK (w jakim stopniu?) .....

NIE

- sen  TAK (w jakim stopniu?) .....

NIE

**7. Silny komponent:**

Psychiczny: TAK / NIE

Społeczny: TAK / NIE

Duchowy: TAK / NIE

**8. Leki przeciwbólowe:**

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

- czy skuteczne  TAK  CZĘŚCIOWO  NIE

- działania niepożądane: .....

.....

**9. Uwagi**

.....

## Karta bieżącej oceny stanu pacjenta

Data	Ocena stanu pacjenta	Podpis studenta

## PROCES PIELEGNOWANIA

DATA	PROBLEM PIELEGNACYJNY	CEL OPIEKI	PLANOWANE DZIAŁANIA PIELEGNIARSKIE	REALIZACJA DZIAŁAŃ PIELEGNIARSKICH	OCENA WYNIKÓW OPIEKI PIELEGNIARSKIEJ