

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii

Nazwisko i imię studenta:

Nr albumu:

Arkusz gromadzenia danych o pacjencie

A. Dane personalne

Inicjały pacjenta:.....

Płeć: M K

Wiek:.....

Wykształcenie.....

Zawód.....

Miejsce zamieszkania: miasto wieś

B. Sytuacja zdrowotna pacjenta

Przebyte choroby:

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

Choroby współistniejące:

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

Alergia, uczulenia na leki:

.....
.....

Data i godz. przyjęcia do szpitala:.....

Data i godz. przyjęcia na oddział IT:.....

Przyjęcie z oddziału(szpitala):.....

Tryb przyjęcia: planowy nagły

Rozpoznanie lekarskie:

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

C. Stan biologiczny:

Układ krążenia

Tętno: częstość..... Miarowość: tak nie Napięcie:.....

Ciśnienie:

Pomiar ciśnienia: pośredni bezpośredni

Leki podawane na ciśnienie: obniżenie ciśnienia podwyższenie ciśnienia

Nazwa leku i droga podania:.....

.....

.....

Inne:.....

Temperatura ciała:

OCŻ:

Obrzęki: brak miejscowe uogólnione

Inne:.....

.....

Układ oddechowy:

Oddech: samoistny (pod kontrolą tlenu, bez tlenu)

Respiratorowy: tryb.....

Rurka: intubacyjna czy tracheostomijna Rozmiar Doba.....

Obserwacje

Częstość oddechów:.....

Charakter: prawidłowy patologiczny (jaki?).....

Wydzielina z dróg oddechowych: prawidłowa nieprawidłowa (jaka?).....

Duszność: tak nie wysiłkowa spoczynkowa

Inne:.....

Układ nerwowy:

Stan świadomości: pełny senność zamroczenie śpiączka (samoistna farmakologiczna)

Skala GCS

Kontakt słowny: prawidłowy zaburzenia mowy(jakie/).....

Utrudniony (z powodu?).....

Sen: prawidłowy trudności (jakie?).....

Niedowłady: nie występują obecne (jakie?).....

Porażenia: nie występują obecne (jakie?).....

Napięcie mięśniowe: prawidłowe wzmożone obniżone

Narządy zmysłu:

Wzrok: prawidłowy niedowidzenie niewidomy okulary soczewki kontaktowe

Słuch: prawidłowy niedosłuch głuchota aparat słuchowy/implant ślimakowy

Czucie dotyku: prawidłowe ubytki czucia

Czucie temperatury: prawidłowe ubytki czucia

Ból: nie tak charakter.....

.....
lokalizacja.....

Inne:.....
.....

Układ pokarmowy:

Łaknienie: prawidłowe zmniejszone zwiększone brak

Pragnienie: prawidłowe zmniejszone zwiększone brak

Połykanie: prawidłowe zaburzone

Stan jamy ustnej: prawidłowy ubytki zębowe proteza

Objawy dyspeptyczne: odbijanie zgaga wzdęcia nudności wymioty

Wydalenie stolca: prawidłowe zaburzone nietrzymanie stolca biegunka

Inne:.....
.....

Układ moczowo- płciowy:

Wydalenie moczu: samoistne cewnik Foleya (doba.....)
inne(jakie?).....

Bilans płynów:

Ból: charakter.....

Lokalizacja.....

Menstruacja: tak nie

Przebyte ciąży:

Skóra:

Czystość(ocena).....

Zabarwienie: różowa blada zażółcona

Elastyczność: prawidłowa zmniejszona

Zmiany skórne (jakie?).....

Odleżyny: tak nie

Stopień odleżyn wg

Lokalizacja

Wielkość

Zastosowane leczenie

Ocena zagrożenia odleżynami (wg skali.....).....pkt.....

Włosy (ocena).....

Paznokcie (ocena).....

Inne:.....

Układ kostno- stawowo- mięśniowy

Przykurcze: nie tak lokalizacja.....

Zaniki mięśni: nie tak lokalizacja.....

Inne:.....

Stan odżywienia:

Masa ciała..... Wzrost..... BMI.....pkt czyli

Nawyki żywieniowe:.....
.....

Droga odżywiania: parenteralna (preparat?)

Enteralna (jaka..... ,która doba.....)
(rodzaj diety?.....)

Inne:.....
.....

D. Stan psychiczny pacjenta:

Nastrój: wyrównany obniżony podwyższony

Przyczyna:

Nastawienie do choroby:.....
.....

Samocena sytuacji zdrowotnej:.....

Stan psychiczny rodziny:

Ocena sytuacji zdrowotnej (rodzina).....

Nastawienie do choroby (rodzina).....
.....

E. Sytuacja rodzinno- społeczna

Mieszka: sam/a z rodziną placówka opiekuńcza bezdomny

Warunki mieszkaniowe: dobre średnie złe

Uwagi:.....

Źródło utrzymania: pensja emerytura renta inne.....

Czy pacjenta ma zapewnioną opiekę w domu? nie tak

Osoba opiekująca się pacjentem:.....

Inne:.....

.....

F. Inne

Kontakt żylny – jaki.....doba.....

 Obserwacje.....

Kontakt tętniczy- jaka tętnica.....doba.....

 Obserwacje.....

Wywiad zebrano od: pacjenta rodzinny inne(kogo?).....