

## Akademia Nauk Stosowanych im. J. A. Komeńskiego w Lesznie

r. ak. .... / sem. ....

Student

nr albumu

## DOKUMENTACJA PROCESU PIELĘGNOWANIA - oddział pediatryczny

## Dane osobowe dziecka

Inicjały / zdrobnienie:

Płeć: M K

Data urodzenia:

Wiek:

Przyjęcie na oddział

Data .....

Tryb - planowy / nagły

Pobyt w szpitalu

Pierwszy / kolejny

Rozpoznanie lekarskie:

Wywiad pielęgniarzki data: .....

## Wywiad chorobowy

Przeszłość chorobowa

Choroby towarzyszące .....

Poprzednie hospitalizacje .....

Przyjmowane leki .....

Opieka poradni specjalistycznych .....

Alergie

**Dolegliwości chorobowe** (przy przyjęciu; uszczegółowienie wg OLDCART:  
O – początek; L – lokalizacja; D - czas trwania; C – charakter; A - cz. łagodzące;  
R- cz. nasilające; T – leczenie )

Szczepienia

Wg kalendarza szczepień – jakie .....

Brak

Badania przesiewowe

## Wywiad rozwojowy

Informacje o przebiegu ciąży, porodu i okresu okołoporodowego

Cięża – kolejność ....., czas trwania - ..... t.c.

Poród – naturalny / zabiegowy ....., pkt Apgar .....

Zaburzenia okołoporodowe – nie / tak, jakie? .....

Czynniki wpływające na rozwój dziecka

Choroby infekcyjne ciężarnej – nie /tak, jakie: .....

Choroby przewlekłe ciężarnej – nie / tak, jakie .....

	<p><b>Cukrzyca w ciąży</b> – nie / tak</p> <p><b>Palenie tytoniu</b>- nie / tak</p> <p><b>Praca ciężarnej w warunkach szkodliwych</b> – nie /tak</p> <p><b>Wiek matki</b> - ..... lat</p> <p><b>Wiek ojca</b> - .... lat</p>
<b>Karmienie (0-24 m-ce)</b>	<p><b>Karmienie naturalne</b> – nie / tak, ile miesięcy? .....</p> <p><b>Karmienie sztuczne</b> – nie / tak, mieszanka, jaka? ....</p> <p><b>Karmienie mieszane</b> – nie / tak</p> <p><b>Mieszanki lecznicze</b> – nie /tak, jakie? .....</p> <p><b>Rozszerzanie diety</b> – co już wprowadzono? .... kiedy / wiek? .....</p>
<b>Odżywianie (aktualne)</b>	<p><b>Karmienie naturalne / mieszane /sztuczne – mieszanka .....</b></p> <p><b>Dieta podstawowa</b> – charakterystyka .....</p> <p><b>Dieta lecznicza</b> – charakterystyka ....</p> <p><b>Posiłki w ciągu dnia</b> - ile? .....</p> <p><b>Nawyki żywieniowe</b> - ....</p>
<b>Aktualny sposób odżywiania:</b>	<p><b>Doustny</b> - butelka / tyżeczka</p> <p><b>Dojelitowy</b> - sonda / PEG</p> <p><b>Parenteralnie</b> - cewnik centralny ..... / cewnik obwodowy</p>
<b>Nawyki higieniczne</b>	<p><b>Sygnalizuje potrzeby</b> – nie / tak</p> <p><b>Korzysta z</b> - WC / nocnika / pieluch</p>
<b>Sposób zasypiania</b>	<p>Zgaszone światło / zapalone światło / cisza / przytulanka / obecność mamy</p> <p>Godzina .....</p> <p>Inne .....</p>
<b>Aktywność fizyczna</b>	<p><b>Brak / adekwatna do wieku</b></p> <p><b>Formy</b> .....</p> <p><b>Czas</b> .....</p>
<b>Rozwój psychomotoryczny / psychospołeczny</b>	<p>Motoryka .....</p> <p>Mowa .....</p> <p>Rozwój społeczny .....</p>
<b>Inne</b>	

Wywiad rodzinno-społeczny	
<b>Dane o rodzinie</b> ( <i>wiek, aktywność zawodowa/szkoła, stan zdrowia, obciążenia chorobowe</i> )	<b>Rodzice.....</b>  <b>Rodzeństwo .....</b>  <b>Rodzinne obciążenia chorobowe .....</b>
<b>Sytuacja socjalno-bytowa rodziny</b> ( <i>mieszkaniowa, materialna, opiekuńcza</i> )	
<b>Rodzina</b>	Pełna / niepełna / wielopokoleniowa
<b>Edukacja</b>	<b>Żłobek</b> – nie / tak  <b>Przedszkole</b> – nie / tak  <b>Szkoły podstawowa</b> – klasa .....  <b>Szkoła średnia</b> – klasa .....  <b>Inne</b>
<b>Opieka rodziców w oddziale</b>	Całodobowa / w dzień / do zaśnięcia / odwiedziny / brak  Inne .....

Stan ogólny	
<b>Wygląd ogólny</b> ( <i>budowa ciała, proporcje, wady budowy, ubiór, stan higieniczny, sposób poruszania</i> )	
<b>Mowa ciała</b>	
<b>Stan skóry</b> ( <i>zabarwienie skóry, zmiany patologiczne na skórze i jej wytworach - wykwity skórne, odparzenia, odleżyny, rany</i> )	
<b>Zachowanie dziecka i jego rodziny</b>	
<b>Parametry</b>	RR .....  Tętno .....  Oddech .....  Temperatura ciała .....  Ból .....
<b>Inne</b>	

**Stan biologiczny**

Układ sercowo-naczyniowy	<b>Ciśnienie</b>	..... mm Hg
	<b>Tętno</b>	Liczba - ..... /min. <span style="float:right">Miarowe – nie / tak</span> Napięcie – dobrze napięte / słabo napięte / nitkowate
	<b>Sinica</b>	Nie / tak, gdzie? .....
	<b>Tolerancja wysiłku fizycznego</b>	Tak/ nie, niewydolność wg skali ..... stopień .....
	<b>Perfuzja obwodowa</b>	Prawidłowa / „zimny pot” / ochłodzenie kończyn / skóra marmurowa
	<b>Dolegliwości .....</b>	Jakie? (OLD CART) .....  Brak skali / skala ..... – wynik .....
	<b>Inne</b>	
Układ oddechowy	<b>Oddech</b>	Liczba ...../min, prawidłowy / nieprawidłowy - sptycony / świszczący / charczący / stany bezdechu / pogłębiony
	<b>Wydzielina</b>	Nie / tak - odkrztuszanie samodzielne / utrudnione
	<b>Kaszel</b>	Nie / tak - suchy / wilgotny / napadowy / szczekający / pokastywanie
	<b>Duszność</b>	Nie / tak – wysiłkowa / spoczynkowa
	<b>Katar</b>	Nie / tak, charakter .....
	<b>Sztuczna droga oddechowa</b>	Nie / tak – tracheostomia / .....
	<b>Inne</b>	
Układ pokarmowy	<b>Jama ustna</b>	Uzębienie – brak / prawidłowe ..... zębów / aparat ortodontyczny / próchnica Śluzówka – wilgotna / sucha / pleśniawki / owrzodzenie / różowa / biała / zmiany .....
	<b>Łaknienie</b>	Prawidłowe / zaburzone .....
	<b>Pragnienie</b>	..... ml płynu / dobę / prawidłowe/ zmniejszone/ zwiększone
	<b>Stolec</b>	Prawidłowe - częstość wypróżnień ...../ dobę Stolec - a /ae / e /i / z / k / zes / zis / zesk / Zaburzone - biegunka / zaparcia / wzdęcia / nietrzymanie stolca / stomia Środki i sprzęt - pieluchy / basen / sprzęt stomijny .....
	<b>Nudności</b>	Nie / tak
	<b>Wymioty</b>	Nie / tak - ilość: ....., treść .....
	<b>Perystaltyka</b>	Prawidłowa / wzmożona / brak
	<b>Ulewania</b>	Nie / tak .....
	<b>Stan odżywienia</b>	m. c. .... / ..... centyl / kanał wzrost ..... / ..... centyl / kanał BMI ..... / ..... centyl / kanał
	<b>Sposób odżywiania</b>	Doustny / sonda / PEG

	<b>Dolegliwości .....</b>	Jakie? (OLD CART) .....
	<b>Inne</b>	Brak skali / skala ..... – wynik .....
<b>Układ moczowo-płciowy</b>	<b>Diureza</b>	Prawidłowa / zaburzona - wielomocz / skąpomocz / bezmocz / nykturia Pieczenie / swędzenie / bolesne parcie / nietrzymanie moczu Cewnik – nie / na stałe / jednorazowo – data założenia .....
	<b>Menstruacja</b>	Nie dotyczy / regularny / nieregularny Krwawienie - norma / obfite / skąpe / bolesne
	<b>Dolegliwości .....</b>	Jakie? (OLD CART) .....
	<b>Inne</b>	Brak skali / skala ..... – wynik .....
<b>Narząd ruchu</b>	<b>Sposób poruszania się</b>	Samodzielny / z pomocą / brak
	<b>Zakres ruchów</b>	Prawidłowy / przykurcze .....
	<b>Pomoce</b>	Wózek / wózek inwalidzki / kortezy / balkonik / kule
	<b>Cięmiączko</b>	Zarośnięte / niezarośnięte / zapadnięte / pulsujące
	<b>Dolegliwości .....</b>	Jakie? (OLD CART) .....
	<b>Inne</b>	Brak skali / skala ..... – wynik .....
<b>Układ nerwowy</b>	<b>Świadomość</b>	Prawidłowa / zaburzona - ..... pkt wg skali Glasgow
	<b>Napięcie mięśniowe</b>	Prawidłowe / niedowład wiotki / /niedowład spastyczny / porażenie wiotkie / porażenie spastyczne
	<b>Drgawki</b>	Nie / tak, jakie? .....
	<b>Objawy neurologiczne</b>	Drgawki / zawroty głowy / zaburzenia czucia / zaburzenia równowagi
	<b>Inne</b>	
<b>Narządy zmysłów</b>	<b>Wzrok</b>	Prawidłowy / ślepotą / zaburzony .....
	<b>Słuch</b>	Prawidłowy / zaburzony .....
	<b>Dolegliwości .....</b>	Jakie? (OLD CART) .....
	<b>Inne</b>	Brak skali / skala ..... – wynik .....
<b>Skóra</b>	<b>Elastyczność</b>	Prawidłowa / obniżona
	<b>Zabarwienie</b>	Bładoróżowe / blade / zażółcenie / marmurkowe /

<b>Zmiany skórne</b>	Nie / tak - odparzenia / wykwyty skórne - plamka / grudka / krosta / potówka / guzek / strup / pęcherzyk / nadżerka / owrzodzenie / odleżyna / łuska / liszaj / blizna Lokalizacja .....
	Opis .....
<b>Obrzęki</b>	Nie / tak – sercowe / nerkowe, uogólnione / miejscowe - lokalizacja .....
<b>Stan higieniczny</b>	Prawidłowy / nieprawidłowy .....
<b>Dolegliwości .....</b>	Jakie? (OLD CART) .....
	Brak skali / skala ..... – wynik .....
<b>Inne</b>	

<b>Ocena stanu odżywienia i rozwoju fizycznego</b>		
Masa ciała	Centyl /kanał .....	Ocena .....
Wzrost	Centyl /kanał .....	Ocena .....
BMI	Centyl /kanał .....	Ocena .....
Uwagi:		

<b>Ocena bólu</b>	
Natężenia	Skala ..... wynik .....
<i>Uszczegółowienie wg OLD CART</i>	<i>O –początek</i>
	<i>L – lokalizacja</i>
	<i>D - czas trwania</i>
	<i>C – charakter</i>
	<i>A - czynniki łagodzące</i>
	<i>R – czynniki nasilające</i>
	<i>T – leczenie</i>

<b>Odleżyny</b>	
<b>Ocena zagrożenia odleżynami</b>	Wg skali ..... - wynik .....
<b>Odleżyny</b>	Nie / tak – lokalizacja ..... klasyfikacja wg skali Torrance’a .....

Stan psychiczny i społeczny	
Komunikacja	Adekwatna do wieku / zaburzona .....
Nastrój	Prawidłowy / obniżony .....
Zachowanie	Adekwatne do sytuacji / apatia / agresja / lęk / płacz Inne .....
Sen	Prawidłowy / zaburzony .....
	Liczba godzin snu w nocy .....
	Godzina zasypiania..... Sen w czasie dnia – nie / tak, kiedy / ile czasu? .....
Reakcja na pobyt w szpitalu	
Nastawienie do choroby	
Samocena stanu sytuacji zdrowotnej	
Inne	

Samoopieka – dziecko starsze	
Wydolność w zakresie samoopieki	Wg skali .....
	Samodzielne / wymaga pomocy / całkowicie zależne
	Deficyt w zakresie spożywania posiłków / ubierania się / higieny / kontroli zwieraczy, korzystania z WC / poruszania się/ organizacji czasu wolnego, zabawy
Umiejętności	
Motywacja	
Problemy	
Inne	

Sprawowanie opieki – rodzic / opiekun	
Wiedza	
Umiejętności	
Motywacja	
Problemy	
Inne	

Kategoria opieki pielęgniarskiej w dniu przyjęcia	
Kategoria opieki	I / II / III
Charakterystyka	

Wybór modelu opieki	
Model	
Uzasadnienie	

### Obserwacja i pielęgnacja kaniuli obwodowej

Lp.	Data i godz. założenia	Miejsce założenia	Obserwacja miejsca wkłucia w skali Baxter'a						Data i godz. pielęgnacji (zmiana opatrunku, płukanie, obserwacje)	Data i godz. usunięcia kaniuli	Podpis studenta
			0	1	2	3	4	5			

### Zlecone badania i leki

Data	Lek / droga podania /godz. podania	Reakcja chorego / powikłania	Podpis
Data	Badanie	Wynik / interpretacja	Podpis



**Bieżąca ocena stanu pacjenta**

Data / godzina	<b>Opis stanu</b> ( <i>podstawowe parametry, zmiana stanu zdrowia, reakcja na zabiegi, leki</i> )	<b>Podpis</b>

## Plan opieki

Diagnoza pielęgniarstwa ...

.....  
.....

Cel opieki

.....

Interwencje pielęgniarstwa	Realizacja				
	data podpis	data podpis	data podpis	data podpis	data podpis

Wynik opieki .....

Diagnoza pielęgniarstwa ...

.....  
.....

Cel opieki

.....

Interwencje pielęgniarstwa	Realizacja				
	data podpis	data podpis	data podpis	data podpis	data podpis

Wynik opieki .....

**Diagnoza pielęgniarska ...**

.....  
.....

**Cel opieki**

.....

Interwencje pielęgniarskie	Realizacja				
	data podpis	data podpis	data podpis	data podpis	data podpis

**Wynik opieki** .....

**Diagnoza pielęgniarska ...**

.....  
.....

**Cel opieki**

.....

Interwencje pielęgniarskie	Realizacja				
	data podpis	data podpis	data podpis	data podpis	data podpis

**Wynik opieki** .....

Edukacja zdrowotna dziecka / rodzica / opiekuna	
Zakres	
Cel	
Metody i środki dydaktyczne	
Treści	
Wynik / ocena	

Wskazówki i zalecenia pielęgniarские dla rodziców i dziecka przy wypisie*	
Zalecenia**	
Wskazówki ***	

\*dotyczące zapobiegania nawrotowi choroby, profilaktyki chorób, postępowania w chorobie, rozwoju dziecka, aktywności fizycznej, żywienia, szczepień, kontynuacji leczenia, samoopieki

\*\*doradzanie, wskazywane na zalety czegoś – dot. np. szczepień, aktywności fizycznej, diety itp.

\*\*\* pouczenie dotyczące postępowania – dot. np. wykonywania nebulizacji itp.