



NEUROLOGICZNE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA IM. PROF. JANI MAZURKIEWICZA

KARTA INDYWIDUALNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

WYWIAD PIELĘGNIARSKI W DNIU PRZYJĘCIA PACJENTA

I. Dane personalne

Nazwisko i imię pacjenta.....Nr księgi głównej..... ..oddział.....

Imię i nazwisko osoby opiekującej się chorym (stopień pokrewieństwa)
.....nr telefonu.....

Data i godz. przyjęcia..... Tryb przyjęcia planowy, za zgodą, bez zgody

II. Sytuacja zdrowotna

Rozpoznanie psychiatryczne.....

Choroby współistniejące.....

III. Stan somatyczny

Parametry życiowe – Karta parametrów życiowych

Stan odżywienia : waga.....wzrost.....BMI.....

Prawidłowe, nadwaga, otyłość, niedożywienie*

Układ oddechowy:

Duszność : wysiłkowa, spoczynkowa, sinica, bezdech*

Drożność dróg oddechowych: prawidłowa, zaleganie wydzieliny*

Częstość oddechów..... saturacja.....tlenoterapia bierna

Układ nerwowy:

Stan świadomości: pełna orientacja, częściowa orientacja, zdezorientowany, nieprzytomny*

Ocena psychoruchowa : w normie, stupor, spowolniały, pobudzony, agresywny

Ryzyko upadku : minimalne, średnie, duże *

Narządy zmysłów

Wzrok: niedowidzenie, niewidomy, okulary, soczewki*

Słuch: prawidłowy, niedosłuch, aparat słuchowy, głuchota*

Ból: brak, występuje*: umiejscowienie.....charakter.....
ocena /skala NRS /.....

Układ pokarmowy:

Łaknienie: prawidłowe, zmniejszone, wzmożone, brak.*

Zaburzenia dyspeptyczne : nudności, wymioty, zgaga, inne*

Pragnienie: prawidłowe, zmniejszone, wzmożone, brak*

Jama ustna: ubytki zębowe, bezzębie, protezy*.....inne.....

Połykanie: prawidłowe, utrudnione, brak*

Wypróżnienia: regularne, zaparcia, biegunka*, inne.....

Układ moczowy:

Wydalenie moczu: samodzielne, pieluchomajtki, basen, cewnik*

Trudności w oddawaniu moczu.....

Skóra:

czysta, zmiany na skórze (odparzenia, wypryski, tatuaże, blizny po samookaleczeniach, zasinienia, inne*.....

skóra głowy : czysta, zmiany

Ocena zagrożenia odleżynami wg skali Nortonapkt..

Wyszczególnienie	Ocena	Pkt	Ocena	Pkt	Ocena	Pkt	Ocena	Pkt
Stan fizyczny	dobry	4	dość dobry	3	średni	2	bardzo ciężki	1
Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	4	apatia	3	zaburzenia świadomości	2	stupor lub śpiączka	1
Aktywność, zdolność przemieszczania się	chodzi samodzielnie	4	chodzi z asystą	3	porusza się tylko na wózku inwalidzkim	2	stale pozostaje w łóżku	1
Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	pełna	4	ograniczona	3	bardzo ograniczona	2	całkowita niesprawność	1
Czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej	pełna sprawność zwieraczy	4	sporadyczne moczenie się	3	zazwyczaj nietrzymanie moczu	2	całkowite nietrzymanie moczu i stolca	1
Ilość punktów								
Suma punktów:								

* właściwe podkreślić

IV. Kategoria opieki w dniu przyjęcia(I, II lub III) (kryteria w załączniku)**V. Pacjent został zapoznany z :**

<i>Topografią oddziału</i>	<i>Tak</i>	<i>Nie – powód</i> data , podpis pacjenta podpis pielęgniarki\
<i>Regulaminem oddziału</i>	<i>Tak</i>	<i>Nie – powód</i>	
<i>Kartą Praw Pacjenta</i>	<i>Tak</i>	<i>Nie – powód</i>	

VI. ocena stanu psychofizycznego – zał do indywidualnej karty pielęgnowania**VII. Informacje przy wypisie z oddziału**

Data i godz. wypisu..... Waga.....BMI.....

wskazania pielęgniarskie i/lub i lub inne informacje.....

.....
pieczętka i podpis pielęgniarki