

KARTA ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

.....

 (oddział)

ZLECENIE

Pacjent: _____ Historia choroby nr: _____

Powód zastosowania:

- rodzaj unieruchomienia:

-izolacja:

Początek data godzina	Przedłużenie data godzina	Koniec data godzina	Zlecający: czytelny podpis, pieczęć	Przedłużający: czytelny podpis, pieczęć

Lekarz*)

PODSUMOWANIE

(czytelny podpis, data)

Całkowity czas trwania przymusu: _____ godziny _____ minuty

Uwagi lekarza

*)Wypełnić w przypadku zlecenia przez pielęgniarkę.

.....
 (podpis, pieczęć, data)

**OBSERWACJE
OZNAZCZENIA(KOD):**

1.szarpie się
2.wykrzykuje
3.spokojny (śpi)

4. płacze
5.śmieje się
6.śpiewa

7. mamrocze
8.podawane posiłki
9.podawane płyny

10. oddał mocz (stolec)
11.chwilowe zwolnienie
12.inne
13.bez zaburzeń psychicznych

godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis
12.00	18.00	24.00	06.00
12.15	18.15	00.15	06.15
12.30	18.30	00.30	06.30
12.45	18.45	00.45	06.45
13.00	19.00	01.00	07.00
13.15	19.15	01.15	07.15
13.30	19.30	01.30	07.30
13.45	19.45	01.45	07.45
14.00	20.00	02.00	08.00
14.15	20.15	02.15	08.15
14.30	20.30	02.30	08.30
14.45	20.45	02.45	08.45
15.00	21.00	03.00	09.00
15.15	21.15	03.15	09.15
15.30	21.30	03.30	09.30
15.45	21.45	03.45	09.45
16.00	22.00	04.00	10.00
16.15	22.15	04.15	10.15
16.30	22.30	04.30	10.30
16.45	22.45	04.45	10.45
17.00	23.00	05.00	11.00
17.15	23.15	05.15	11.15
17.30	23.30	05.30	11.30
17.45	23.45	05.45	11.45

Lp.	data	rodzaj zabiegu (kod)	okolica ciala	podpis wykonujacego	podpis pacjenta
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

KARTA INFORMACYJNA

1. Nazwisko Imię Wiek
- Adres Telefon
2. Zawód wykonywany
3. (1) miesiączka roku życia. Czas trwania cyklu (regularne , nieregularne)*
4. Wiek/Data ostatniej miesiączki
5. Liczba ciąż
6. Wiek w chwili pierwszego porodu
7. Karmienie piersią (tak , nie). Czas karmienia w miesiącach
8. Dotychczasowe leczenie hormonalne (preparaty, czas stosowania)
-
9. Palenie tytoniu (tak /, nie). Inne używki
10. Przebyte operacje sutków lub biopsja. Kiedy, powód
-, rozpoznanie mikroskopowe
11. Zabiegi operacyjne w obrębie narządu rodneho
-
12. Choroby nowotworowe
13. Rak sutka (w którym roku życia), matka siostra siostra matki.....
- córka siostry babcia

14. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

* niepotrzebne skreślić

Wydano na prośbę matki 1 opaskę identyfikacyjną

Ja, oświadczam,
że w trakcie pobytu w Oddziale Patofizjologii Noworodka uzyskałam informacje i przesłam
szkolenie na temat:

1. Karmienia piersią.
2. Pielęgnacji noworodka:
 - pielęgnacji skóry
 - pielęgnacji pępka
 - kąpeli noworodka
3. Profilaktyki:
 - dysplazji stawów biodrowych
 - witamin
4. Szczepienia ochronne.

Zabieram własne dziecko po sprawdzeniu jego tożsamości.

.....
Nazwisko i imię

Data urodzenia Adres

Stan ogólny dobry.

Kościan, dnia 20 r.

.....
podpis matki

Położna środowiskowa

Zostałam poinformowana o zgłoszeniu dziecka do położnej środowiskowej po wyjściu ze szpitala.

.....
podpis matki

1300

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie
Zespół do spraw zakażeń szpitalnych

KARTA OBSERWACJI WKŁUĆ OBWODOWYCH

Lp.	Miejsce wkłucia	Data i godz. założenia	Podpis osoby wyk. zabieg	Observacja miejsca wkłucia (objawy*)								Data i godzina usunięcia	Podpis	UWAGI	
				Doba	Objaw	0	1	2	3	4	5				Podpis
				I	R **										
					W **										
				II	R **										
					W **										
				III	R **										
					W **										
				I	R **										
					W **										
				II	R **										
					W **										
				III	R **										
					W **										
				I	R **										
					W **										
				II	R **										
					W **										
				III	R **										
					W **										

- (*)
- 0 - miejsce założenia kaniuli bez zmian
 - 1 - wystąpienie co najmniej jednego z objawów: słaby ból w okolicy ukladka, lekkie zaczerwienienie w okolicy ukladka
 - 2 - wystąpienie co najmniej dwóch z wymienionych objawów: ból w okolicy miejsca wkłucia, rumień, obrzęk
 - 3 - wystąpienie następujących: ból wzdłuż kaniuli, stwardnienie w okolicy miejsca wkłucia
 - 4 - wystąpienie następujących objawów nasilających się: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli
 - 5 - wystąpienie następujących objawów nasilających się: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, twardy nacisk w okolicy wkłucia, namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli, gorączka
- (**) R - rano, W - wieczorem