

21-1

21-1

OBSERWACJA PIELĘGNIARSKA NOWORODKA

ODDZIAŁ NOWORODKÓW
DATA OBSERWACJI

CENTRALA - PATOLOGIA

	RODZAJ ZLECENIA	NAZWISKO I IMIĘ														DATA URODZENIA											
		6 ⁰⁰	7 ⁰⁰	8 ⁰⁰	9 ⁰⁰	10 ⁰⁰	11 ⁰⁰	12 ⁰⁰	13 ⁰⁰	14 ⁰⁰	15 ⁰⁰	16 ⁰⁰	17 ⁰⁰	18 ⁰⁰	19 ⁰⁰	20 ⁰⁰	21 ⁰⁰	22 ⁰⁰	23 ⁰⁰	24 ⁰⁰	1 ⁰⁰	2 ⁰⁰	3 ⁰⁰	4 ⁰⁰	5 ⁰⁰	6 ⁰⁰	
1	Pierś na zyczenie																										
2	Mleko modyfikowane																										
3	Glukoza do picia																										
4	Kąpiel now.																										
5	Pielęgnacja pępowiny																										
x 6	Zmiana pampersów																										
7	Mocz																										
8	Stolec																										
9	Stanowisko grzewcze																										
10	Inkubator																										
11	Kardiomonitor																										
12	Pulsoxymetr																										
13	FIO ₂ l/min																										
14	Pomiar temp. ciała																										
15	WENFLON																										
16	BCG - WZW																										
x 17	TSH Fenylketonuria MUKAWISY DOZA OTRĄBY METABOLICZNE																										
18	Bilirubina - miernik																										
19	Zmiana pozycji ciała																										
20	D-vitum 1x1 kaps.																										
21	OSWIATA ZDRAWIĄ																										
22																											
23																											
24																											

D. Podpis
Pielęgniarki

N. Podpis
Pielęgniarki

21-2

1-12

ODDZIAŁ NOWORODKÓW
DATA OBSERWACJI

OBSERWACJA PIELĘGNIARSKA NOWORODKA

ODDZIAŁ NOWORODKÓW
CENTRALA - PATOLOGIA

	RODZAJ ZLECENIA	NAZWISKO I IMIĘ															DATA URODZENIA										
		6 ⁰⁰	7 ⁰⁰	8 ⁰⁰	9 ⁰⁰	10 ⁰⁰	11 ⁰⁰	12 ⁰⁰	13 ⁰⁰	14 ⁰⁰	15 ⁰⁰	16 ⁰⁰	17 ⁰⁰	18 ⁰⁰	19 ⁰⁰	20 ⁰⁰	21 ⁰⁰	22 ⁰⁰	23 ⁰⁰	24 ⁰⁰	1 ⁰⁰	2 ⁰⁰	3 ⁰⁰	4 ⁰⁰	5 ⁰⁰	6 ⁰⁰	
1	Pierś na życzenie																										
2	Mleko modyfikowane																										
3	Glukoza do picia																										
4	Kąpiel now.																										
5	Pielęgnacja pępowiny																										
6	Zmiana pampersów																										
7	Mocz																										
8	Stolec																										
9	Stanowisko ogrzewcze																										
10	Inkubator																										
11	Kardiomonitor																										
12	Pulsoxymetr																										
13	FIO ₂ l/min																										
14	Pomiar temp. ciała																										
15	WENFLON																										
16	BCG - WZW																										
17	TSH Fenylketonuria																										
18	Bilirubina - miernik																										
19	Zmiana pozycji ciała																										
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											

D. Podpis
Pielęgniarki

N. Podpis
Pielęgniarki



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Oddział

Nr Księgi Głównej

Nazwisko i imię

Wiek Wzrost Waga

Prosimy o bardzo dokładnie odpowiedzieć na podane niżej pytania. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z anestezyjologiem i w jego obecności podpisać zgodę na znieczulenie

PROSZĘ PRZECZYTAĆ PYTANIA I ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ

Czy był/a Pani/Pan operowana/y wcześniej? Kiedy?: Rodzaj zabiegu:	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy dobrze zniosła/zniósł Pani/Pan znieczulenie?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy miała/miał Pani/Pan transfuzję krwi? Kiedy?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy dobrze zniosła/znósł Pani/Pan tą transfuzję?	TAK	NIE	NIE WIEM

CZY CHOROWAŁA/CHOROWAŁ PANI/PAN NA:

- serce: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca	TAK	NIE	NIE WIEM
- krążenie: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby naczyń: żyłaki, inne	TAK	NIE	NIE WIEM
- gruźlicę, rozedmę, pylicę, astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	NIE WIEM
- żołądek: choroba wrzodowa, zapalenie	TAK	NIE	NIE WIEM
- wątrobę: żółtaczka, stłuszczenie, marskość	TAK	NIE	NIE WIEM
- zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu	TAK	NIE	NIE WIEM
- cukrzycę, dnę moczanową, porfirię	TAK	NIE	NIE WIEM
- tarczycę: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby oczu: jaskra	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby nerwów: porażenie, drgawki, padaczka, udar	TAK	NIE	NIE WIEM
- zmiany nastroju: depresja, nerwica	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby kręgosłupa: zmiany w stawach, osłabienie mięśni	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby krwi: skłonność do krwawień, siniaków	TAK	NIE	NIE WIEM
- uczulenia: leki, plaster, katar sienny, inne	TAK	NIE	NIE WIEM
- inne schorzenia	TAK	NIE	NIE WIEM

Czy często pije Pani/Pan alkohol?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy Pani/Pan pali. Jeśli tak to ile?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy używa Pani/Pan środki nasenne? Jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy posiada Pani/Pan protezy zębowe wyjmowane?	TAK	NIE	NIE WIEM
czy używa Pani/Pan szkła kontaktowe, protezę oka?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jakie leki przyjmuje Pani/Pan obecnie	-----	-----	-----
.....			
.....			