A3

OBJAŚNIENIA:

Respirator

SV - Servo-Ventilator
Bd - Bird
As - Assistor
U - Univent
C - Cyclator
Sp - Spiromat
I - Inhalacja
O_2 - Tlenoterapia
≳ - Odsysanie
↓ z tchawicy
G - Gimnastyka
Co - Ćwicz. oddech.
= - Zwiększenie przestrz. martw.
Gaz - Gazometria
Zr - Zmiana rurki
↓ - Intubacja
↑ - Extubacja
R - Rehabilitacja
M - Masaż

SKALA NORTONA -

OCŻ -

Rtg - Rentgen
Th - Kl. Piersiowej
K - Kończyn
Cz - Czaszka
I - Stolce
Op - Operacja
Tr - Tracheostomia
Vs - Venesekcja
Sc - Nakł. Podoboja
P - Nakł. Opłucnej
Cy - Sinica
Po - Poty
Drg - Drgawki
W - Wymioty
I - Inhalacja

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kościanie O.I.O.M.

Data: Dzień pobytu w O.I.O.M. Nr kart:

ODDZIAŁ:

NAZWISKO:

IMIĘ:

WIEK: WAGA:

ROZPOZNANIE

Cyklator
Engström
Bird
Assistor
Univent
Servo-Ventil.

Ustnik
Rurka ust. nos. gard.
Rurka dotchaw.
Rurka tracheost.

Kontrol./wspomag.

Częstość/min
O_2l/min
Powietrze l/min
MVexp
Ciśn.robocze
Przepływ
Ciśn. ujemne

Inhalacja

Lp.	Ilość	Wlew dożylny. leki	Godzina					
1		Zmiana opatrunków (cewniki naczyniowe)						
2		Częsta zmiana opatrunków (rany oraz rany pooperacyjne)						
3		Pielęgnacja drenaży (opłucnowy, ran operacyjnych)						
4		Pielęgnacja tracheostomii i rurki intubacyjnej						
5		Płukanie żołądka						
6								
7								

Konsultacje

godz. 7⁰⁰	8⁰⁰	9⁰⁰	10⁰⁰	11⁰⁰	12⁰⁰	13⁰⁰	14⁰⁰	15⁰⁰	16⁰⁰	17⁰⁰	18⁰⁰	19⁰⁰	20⁰⁰	21⁰⁰	22⁰⁰	23⁰⁰	24⁰⁰	1⁰⁰	2⁰⁰	3⁰⁰	4⁰⁰	5⁰⁰	6⁰⁰	7⁰⁰
O_2 -terap.																								
ułożenie																								
sonda żoł.																								
Zabiegi																								

220 40°
200
180 39°
160
140 38°
120
100 37°

80
60 36°
40

Stolec

Drenaż

Mocz ml.

Doustnie

Spostrzeżenia

Płyny podane
krew ..... ml.
Dożylnie ..... ml.
Doustnie ..... ml.
+ ..... ml.

Płyny wydalone
Mocz ..... ml.
sonda żoł. ..... ml.
.....ml.
- ..... ml.

Bilans: ..... ml.

Objaśn. Ułożenie • ____I Na wznak • ____II Na l. boku • ____II Na pr. boku • O_2 - tlenoterapia • Q - rurka T • λ - namiot tlenowy

A-3

Rozkład pracy dla pielęgniarek

miesiąc .... r. Oddział .....

L.p.	IMIĘ I NAZWISKO	Godziny obowiązujące	Data	Godziny wypracowane	Nadgodziny		Zaległe
					50%	100%	

.....

Podpis przełożonego