

1003 1-1

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA – oddział dziecięcy SP ZOZ Kościan

Nazwisko i imię:		Data urodzenia:																													
Adres:		Data przyjęcia:																													
Rozpoznanie lekarskie:			Alergie:																												
Rozwój fizyczny: m.c. wzrost uwagi:		Rozwój psychoruchowy: adekwatny do wieku <input type="checkbox"/> opóźniony <input type="checkbox"/> upośledzenie <input type="checkbox"/> zaburzenia – jakie? Mowa: adekwatna do wieku <input type="checkbox"/> opóźnienie <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> uwagi:																													
<u>Samodzielność dziecka:</u>		Przedszkole <input type="checkbox"/> szkoła <input type="checkbox"/> klasa: uwagi:																													
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>całkowita</td> <td>częściowa</td> <td>brak</td> </tr> <tr> <td>▪ spożywanie posiłków</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ ubieranie się</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ kąpiel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ kontrola zwieraczy</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ poruszanie się</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>▪ zabawa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			całkowita	częściowa	brak	▪ spożywanie posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ ubieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ kąpiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ kontrola zwieraczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ zabawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Żywienie: podstawowa <input type="checkbox"/> lecznicza <input type="checkbox"/> jaka?: Technika karmienia: butelka <input type="checkbox"/> łyżeczka <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> Przyzwyczajenia dotyczące snu, zabawy i inne:	
	całkowita	częściowa	brak																												
▪ spożywanie posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
▪ ubieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
▪ kąpiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
▪ kontrola zwieraczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
▪ poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
▪ zabawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
czysta z WC <input type="checkbox"/> nocnika <input type="checkbox"/> pieluch <input type="checkbox"/> Sytuacja socjalno-bytowa rodziny: dobra <input type="checkbox"/> średnia <input type="checkbox"/> zła <input type="checkbox"/> uwagi:																															
Opieka rodziców w oddziale: całodobowa <input type="checkbox"/> w dzień <input type="checkbox"/> do zaśnieżenia <input type="checkbox"/> odwiedziny <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> uwagi:																															
Stan higieniczny przy przyjęciu: db <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> zły <input type="checkbox"/>																															
<u>Układ nerwowy:</u> świadomość: przytomne <input type="checkbox"/> nieprzytomne <input type="checkbox"/> zaburzenia <input type="checkbox"/> drgawki: uogólnione <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> jakie? objawy oponowe: ujemne <input type="checkbox"/> dodatnie <input type="checkbox"/> inne:		<u>Układ moczowo-płciowy</u> diureza: prawidłowa <input type="checkbox"/> zwiększona <input type="checkbox"/> zmniejszona <input type="checkbox"/> obrzęki: tak <input type="checkbox"/> gdzie? dolegliwości: tak <input type="checkbox"/> jakie? inne:																													
<u>Układ krążenia:</u> skóra: marmurkowata <input type="checkbox"/> sinica <input type="checkbox"/> gdzie? obrzęki: tak <input type="checkbox"/> gdzie? uciepłenie kończyn: prawidłowe <input type="checkbox"/> chłodne <input type="checkbox"/> tolerancja wysiłku fizycznego: prawidłowa <input type="checkbox"/> zmniejszona <input type="checkbox"/> inne:		<u>Układ kostno-stawowo-mięśniowy</u> ciemniaczko: zarośnięte <input type="checkbox"/> nie zarośnięte <input type="checkbox"/> potliwość główki <input type="checkbox"/> niedowład <input type="checkbox"/> porażenia <input type="checkbox"/> sprawność ruchowa: prawidłowa <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> ograniczenia <input type="checkbox"/> jakie? napięcie mięśniowe: prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> obniżone <input type="checkbox"/> inne:																													
<u>Układ oddechowy:</u> oddech: prawidłowy <input type="checkbox"/> przyśpieszony <input type="checkbox"/> duszność: spoczynkowa <input type="checkbox"/> wysiłkowa <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa <input type="checkbox"/> zaleganie wydzieliny <input type="checkbox"/> kaszel: suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> katar <input type="checkbox"/> inne:		<u>Skóra i błona śluzowa</u> różowa <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> elastyczność: prawidłowa <input type="checkbox"/> zmniejszona <input type="checkbox"/> pleśniawki <input type="checkbox"/> odparzenia <input type="checkbox"/> gdzie? zmiany skórne – jakie? inne:																													
<u>Układ pokarmowy</u> stan odżywienia: prawidłowy <input type="checkbox"/> wychudzenie <input type="checkbox"/> nadwaga <input type="checkbox"/> otyłość <input type="checkbox"/> łaknienie: prawidłowe <input type="checkbox"/> zmniejszone <input type="checkbox"/> zwiększone <input type="checkbox"/> pragnienie: prawidłowe <input type="checkbox"/> zmniejszone <input type="checkbox"/> zwiększone <input type="checkbox"/> dolegliwości: ulewianie <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/> ból <input type="checkbox"/> lokalizacja: stolec: a <input type="checkbox"/> ae <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> z <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> zes <input type="checkbox"/> zis <input type="checkbox"/> zesk <input type="checkbox"/> inne:		<u>Zmysły</u> słuch, wzrok, czucie: zaburzenia <input type="checkbox"/> jakie? Temperatura ciała: w normie <input type="checkbox"/> podwyższona <input type="checkbox"/> gorączka <input type="checkbox"/> Inne:																													
Reakcja dziecka na hospitalizację:																															

1-2

Rozpoznane problemy pielęgnacyjne – diagnoza pielęgnarska:

• Całkowita niezdolność do samoopieki ze względu na wiek / upośledzenie psychoruchowe	<input type="checkbox"/>
• Całkowita niezdolność do samoopieki ze względu na upośledzenie psychoruchowe	<input type="checkbox"/>
• Częściowa niezdolność do samoopieki ze względu na wiek	<input type="checkbox"/>
• Opóźnienie w rozwoju psychomotorycznym	<input type="checkbox"/>
• Utrudnione oddychanie – duszność, kaszel, katar, zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych	<input type="checkbox"/>
• Gorączka	<input type="checkbox"/>
• Wzmoczone pocenie się	<input type="checkbox"/>
• Ból ucha	<input type="checkbox"/>
• Ból brzucha	<input type="checkbox"/>
• Wymioty	<input type="checkbox"/>
• Ulewania	<input type="checkbox"/>
• Biegunka	<input type="checkbox"/>
• Zaparcie	<input type="checkbox"/>
• Wzdęcie brzucha	<input type="checkbox"/>
• Brak laknienia	<input type="checkbox"/>
• Wzmoczone pragnienie	<input type="checkbox"/>
• Odparzenia skóry	<input type="checkbox"/>
• Zmiany skórne (jakie?)	<input type="checkbox"/>
• Pleśniawki	<input type="checkbox"/>
• Drgawki	<input type="checkbox"/>
• Ryzyko wystąpienia drgawek	<input type="checkbox"/>
• Ryzyko odwodnienia	<input type="checkbox"/>
• Zmniejszone wydalanie moczu	<input type="checkbox"/>
• Zatrzymanie moczu	<input type="checkbox"/>
• Zwiększone wydalanie moczu	<input type="checkbox"/>
• Ból przy mikcji	<input type="checkbox"/>
• Obrzęki powiek pochodzenia nerkowego	<input type="checkbox"/>
• Obrzęki kończyn/genitaliów pochodzenia nerkowego	<input type="checkbox"/>

• Przesięki w jamach ciała	<input type="checkbox"/>
• Utrudnione oddychanie spowodowane przesiękiem do jamy otrzewnej	<input type="checkbox"/>
• Obrzęki kończyn pochodzenia sercowego	<input type="checkbox"/>
• Niepokój dziecka spowodowany dusznością	<input type="checkbox"/>
• Niepokój dziecka spowodowany bólem ucha	<input type="checkbox"/>
• Niepokój dziecka spowodowany złym samopoczuciem	<input type="checkbox"/>
• Niepokój dziecka spowodowany rozłąką z matką	<input type="checkbox"/>
• Niepokój matki o stan dziecka	<input type="checkbox"/>
• Niewystarczająca opieka ze strony rodziców	<input type="checkbox"/>
• Brak nawyków higienicznych	<input type="checkbox"/>
• Brak wiedzy rodziców nt. prawidłowego rozwoju dziecka	<input type="checkbox"/>
• Brak wiedzy rodziców nt. prawidłowej pielęgnacji dziecka	<input type="checkbox"/>
• Nieprawidłowe nawyki żywieniowe	<input type="checkbox"/>
• Brak wiedzy rodziców nt. prawidłowego żywienia	<input type="checkbox"/>
• Potrzeba ruchu i zabawy	<input type="checkbox"/>
• Potrzeba kontaktów społecznych	<input type="checkbox"/>
• Potrzeba bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego	<input type="checkbox"/>
• Zmniejszona odporność organizmu	<input type="checkbox"/>
• Zaburzenia termoregulacji – zimne stopy, rączki, skóra marmurkowata, sina	<input type="checkbox"/>
• Zaburzenia świadomości	<input type="checkbox"/>
• Niedowłady, porażenia, ryzyko odleżyn.	<input type="checkbox"/>
•	<input type="checkbox"/>
•	<input type="checkbox"/>
•	<input type="checkbox"/>
•	<input type="checkbox"/>

Cele opieki pielęgnarskiej:

1.
2.
3.
4.

.....
podpis pielęgnarski

Ocena wyników opieki pielęgnarskiej (na zakończenie hospitalizacji)

zadowalająca dobra bardzo dobra

.....
podpis pielęgnarski