

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego

.....
 (rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okazały się niezbędne w
trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty
życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....
 data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.
Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla
mojego zdrowia i życia.

.....
 data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....

Nr ewidencyjny PESEL

HISTORIA PIELEGNOWANIA Oddział

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr ks. gł. Nr ks. oddz.

Nazwisko	Imiona	pleć <input type="checkbox"/> (K,M)
----------	--------	---

Adres zamieszkania	Rodzaj wykonywanej pracy	Wiek
--------------------	--------------------------	------

Imię i nazwisko osoby opiekującej się chorym, (stopień pokrewieństwa)

Adres domowy nr tel.
Miejsce pracy nr tel.

Tryb przyjęcia: planowany, nagły, przeniesiony z Data i godz. przyjęcia

Rozpoznanie lekarskie

Choroby współistniejące

Główne dolegliwości

Przebyte choroby i operacje	Grupa krwi i Rh
	Ciężar ciała

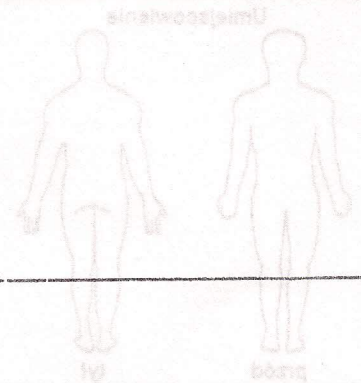
Pobyt w szpitalu	Wzrost
	HBs

Alergie	Inne:
---------	-------

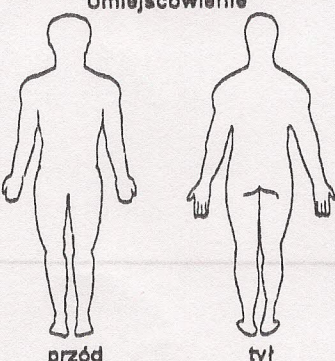
Przyzwyczajenia	Nałogi
-----------------	--------

Sprzęt pomocniczy

Czynniki ryzyka

Ocena sprawności pacjenta	Przyjęcie			Wypis			Stan psychiczny (komunikowanie, kontakt, mowa, zachowanie, nastrój, emocje, pamięć, uwagi, inne)
	s	O	Z	s	O	Z	
Poruszanie się							
Mycie, czesanie							
Golenie							
Jedzenie i picie							
Wydalanie							
Organizacja czasu wolnego							
S - samodzielny, O - ograniczony, Z - zależny							

Uwagi i inne problemy

	Objawy / elementy oceny	Uwagi / obserwacje / komentarze
Układ oddechowy	Oddech <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> przyspieszony <input type="checkbox"/> zwolniony <input type="checkbox"/> sploty <input type="checkbox"/> pogłębiony <input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> przez nos <input type="checkbox"/> przez usta	
	Płwiocina <input type="checkbox"/> śluzowa <input type="checkbox"/> pienista <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> krwista	
	Kaszel <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> napadowy	
	Duszność <input type="checkbox"/> spoczynkowa <input type="checkbox"/> wysiłkowa	
Układ krążenia	Tętno <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zab. rytmu <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia	
	CTK <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe <input type="checkbox"/>	
	Perfuzja obwodowa <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/> "zimny pot" <input type="checkbox"/> ochłodzenie obwodowe <input type="checkbox"/> skóra marmurkowa	
	Obrzęki <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> okresowe	
	Omdlenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Układ pokarmowy	Ciężar ciała <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowaga <input type="checkbox"/> nadwaga	
	J. ustna <input type="checkbox"/> owrzodzona <input type="checkbox"/> pleśniawki <input type="checkbox"/> język obłożony <input type="checkbox"/> inne	
	Apetyt <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> wzmożony <input type="checkbox"/> zmniejszony <input type="checkbox"/> brak	
	Pragnienie <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> zmniejszone	
	Wydalenie <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> inne	
	Dolegliwości <input type="checkbox"/> trudności w połykaniu <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> odbijanie <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/> inne	
	Dieta	
Układ moczowo-płciowy	Mocz ilość <input type="checkbox"/> norma <input type="checkbox"/> wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> bezmocz	
	Trudności w oddawaniu moczu <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/> nietrzymanie	
	Cykl miesięczkowy <input type="checkbox"/> regularny <input type="checkbox"/> nieregularny	
	Krwawienie miesięczne <input type="checkbox"/> bolesne <input type="checkbox"/> niebolesne <input type="checkbox"/> obfite <input type="checkbox"/> mierne <input type="checkbox"/> skąpe <input type="checkbox"/> norma	
	Ostatnie badanie ginekologiczne	
Układ mięśn. szkieletowy	Poruszanie się <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> ograniczone <input type="checkbox"/> z pomocą	
	Rumomość w stawach <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona	
	Sprawność fizyczna <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> ograniczona	
	Podstawa ciała <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa	
	Inne <input type="checkbox"/> obrzęki <input type="checkbox"/> zaczerwienienia	
Inne	Wzrok <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/> inne	
	Słuch <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszanie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> inne	
	Świadomość <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak	
	Sen	
	Skóra <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/> blada <input type="checkbox"/> uszkodzona <input type="checkbox"/> zażółcona <input type="checkbox"/> zaczerwieniona <input type="checkbox"/> siniczna <input type="checkbox"/> inna	
	Odleżyny: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> zwiększone ryzyko występ.	
Dolegliwości bólowe	Umiejscowienie	
		
	charakter	
	nasilenie bólu wg skali Vass	
	inne	
Data i podpis pielęgniarki		

Ocena działań pielęgnacyjnych w przebiegu procesu pielęgnowania

.....

.....

.....

.....

.....

Karta wskazówek pielęgniarских

Zalecenia dla pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia dla rodziny lub opiekuna:

.....

.....

.....

.....

.....

Opis wskazań i opinia	Przyjęła		Wypię		Data i podpis pielęgniarki
	S	Z	S	Z	
Kartuzenie w/					
Wycie, czyszczenie					
Gofenie					
Jedzenie i picie					
Wydziwna					
Opiekunowie rodziny					
.....					
.....					

Imię i nazwisko

data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Imię i nazwisko lekarza dokonującego oceny:

1. Plan opieki

a) działania: **identyfikacja problemu zdrowotnego**

.....

.....

.....

leczenie zachowawcze

.....

.....

.....

zabieg operacyjny

.....

.....

poród

naturalny

zabiegowy (rodzaj).....

b) czas pobytu: **1 – 7 dni** **1-14 dni** **dłużej**

c) działania fizjoterapeutyczne **tak** (rodzaj)

nie

d) działania pielęgnacyjne

.....

.....

e) inne (psycholog, dietetyk)

.....

.....

.....
Imię i nazwisko pacjenta

2. Ocena stopnia nasilenia dolegliwości

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

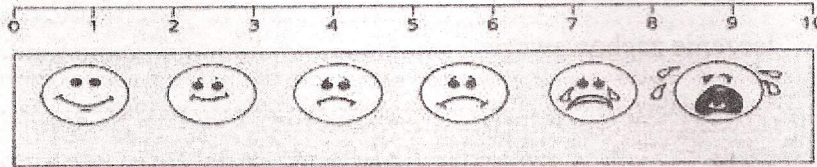
a) Skala VAS



0 – brak bólu

10- ból najsilniejszy jaki można sobie wyobrazić

DZIECI:



0 – brak bólu

10- ból najsilniejszy jaki można sobie wyobrazić

b) zalecane postępowanie.....

3. Pacjent został poinformowany o skutkach odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia/diagnostyki (w przypadku odmowy stosowny zapis historii choroby)

tak

nie (powód)