



WSTĘPNA OCENA STANU PACJENTA- DOKUMENTACJA PIELĘGNIARSKA

WYWIAD OGÓLNY W DNIU PRZYJĘCIA DO ODDZIAŁU DERMATOLOGII DOROSŁYCH

Imię i nazwisko pacjentaPESEL..... Nr Ks. Gł.

Elementy oceny		Uwagi(obserwacje)/ komentarze
Stan psychiczny	Orientacja: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...) Nastawienie do hospitalizacji: <input type="checkbox"/> pozytywne <input type="checkbox"/> obojętne <input type="checkbox"/> negatywne <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...)	
Sprawność fizyczna	<input type="checkbox"/> samodzielny <input type="checkbox"/> łaska, balkonik, kule <input type="checkbox"/> porusza się przy pomocy drugiej osoby <input type="checkbox"/> chory leżący <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...)	
Ogólna ocena skóry	Stan higieniczny: <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły Zmiany na skórze: <input type="checkbox"/> skóra zmieniona chorobowo <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> odleżyny Inne..... <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...)	
Układ oddechowy	Trudności w oddychaniu: <input type="checkbox"/> zgłasza <input type="checkbox"/> nie zgłasza <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...)	
Odżywianie	Problemy z przyjmowaniem posiłków: <input type="checkbox"/> zgłasza <input type="checkbox"/> nie zgłasza <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...)	
Wydalenie (zaburzenia kontroli zwieraczy)	Oddawanie moczu: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaburzone (cewnik) <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...) Oddawanie stolca: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaburzone (pieluchomajtki)	
Układ nerwowy	Świadomość: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak Inne..... <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...)	
Narządy zmysłów	Problemy ze wzrokiem: <input type="checkbox"/> zgłasza <input type="checkbox"/> nie zgłasza <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...) Problemy ze słuchem: <input type="checkbox"/> zgłasza <input type="checkbox"/> nie zgłasza <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...)	
Status społeczny	Aktywność zawodowa: <input type="checkbox"/> pracuje <input type="checkbox"/> nie pracuje <input type="checkbox"/> emeryt/rencista Mieszka: <input type="checkbox"/> z rodziną <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> DPS/ ZOL Inne..... <input type="checkbox"/> brak możliwości oceny*(...)	
Ocena zapotrzebowania na opiekę	Toaleta ciała: <input type="checkbox"/> samodzielny <input type="checkbox"/> wymaga pomocy Odżywianie: <input type="checkbox"/> samodzielny <input type="checkbox"/> wymaga pomocy Wydalenie: <input type="checkbox"/> samodzielny <input type="checkbox"/> wymaga pomocy	

* Brak możliwości oceny z powodu:

(1) chory agresywny, (2) chory nieprzytomny, (3) brak kontaktu słowno logicznego z chorym

.....
data

.....
Podpis i pieczętka pielęgniarki