



INDYWIDUALNA KARTA PIELEGNACJI I LECZENIA ODLEŻYŃ CZ. B

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Pieczątka oddziału

Lp	Rodzaj zabiegu pielęgnacyjnego	Data		D		N		D		N		D		N		D		N	
		Dyżur																	
1	Zmiana pozycji ciała co 2 godz 6:00 – 22:00 (przerwa nocna 22:00 – 06:00)																		
2	Udogodnienia p/odleżynowe	<input type="checkbox"/> Materac																	
	<input type="checkbox"/> Poduszka																		
	<input type="checkbox"/> Watek																		
4	Oklepywanie, delikatne masowanie																		
5	Zmiana opatrunku																		
6	Zastosowane środki/leki :	...																	
	...																		
	...																		
9	Wydalanie moczu:	<input type="checkbox"/> Toaleta																	
	<input type="checkbox"/> Kaczka/basen																		
	<input type="checkbox"/> Cewnik moczowy																		
	<input type="checkbox"/> Cewnik moczowodowy																		
10	Wydalanie kału	<input type="checkbox"/> Toaleta																	
	<input type="checkbox"/> Basen																		
	<input type="checkbox"/> Pieluchomajtki																		
	<input type="checkbox"/> Stomia																		
11	Edukacja pacjenta w zakresie profilaktyki																		
12	...																		
13	...																		
Podpis i pieczęćka pielęgniarki																			

