|  |  |
| --- | --- |
| **Odtlačok pečiatky****zdravotníckeho zariadenia:** | **Klinika/Oddelenie:** |
| **ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM****pre pracoviská vnútorného lekárstva** |
| **Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:** ...................................................................................................**Rodné číslo:** .................................................. |

VZOR

**Príloha č. 7**

|  |
| --- |
| Vnímanie zdravia  |
| **Subjektívny popis problémov pacienta/pacientky:** ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/pacientky** |
| **Vedomie:** □ pri vedomí □ somnolencia □ sopor □ kóma Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Orientácia:** □ orientovaný □ dezorientovaný v čase/v priestore Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Cirkulácia:** TK: ............... mmHg TT: ................ 0C P: .......... /min. problém □ **nie** □ **áno**  □ závraty □ kolapsy □ stenokardie Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Dýchanie:** D: ............ /min. problém □ **nie** □ **áno** □ dušnosť □ kašeľ Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Výživa:** hmotnosť: .............. kg výška: ............... cm problém □ **nie** □ **áno**  □ úbytok/prírastok hmotnosti za posledný rok:.................. kg □ nechutenstvo  □ pálenie záhy □ nauzea □ vracanie □ dysfágia □ parenterálna výživa  □ i.v. prístup/dátum zavedenia: ..................................... □ CVK/dátum zavedenia: .............................................. □ enterálna výživa  □ nazogastrická sonda/dátum zavedenia: ..............................................  □ gastrostómia/dátum zavedenia: ..............................................**Kompenzačné pomôcky - zubná protéza:** □ nie □ áno Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Vylučovanie:** **Defekácia:** problém □ **nie** □ **áno**  □ nepravidelná □ hnačka □ zápcha □ inkontinencia  □ stómia ošetrená naposledy/dátum: ..............................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ **Močenie:**problém □ **nie** □ **áno** □ dyzúria □ retencia □ inkontinencia □ urostómia  □ PK/dátum zavedenia: .............................................. □ farba moču: .......................................  □ absorbčné pomôcky □ peritoneálna dialýza/hemodialýzaIné zistenia: ........................................................................................................................................................**Drény, aké:** ........................................................................................................................................................ |
| **Spánok:** problém □ **nie**  □ **áno** □ ťažkosti pri zaspávaní □ farmakoterapia Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Mobilita:** □ **1** plná mobilita □ **2** mobilita mierne obmedzená □ **3** mobilita veľmi obmedzená  □ **4** imobilita □ kompenzačné pomôcky, aké: .................................................................... |
| **Koža:** problém □ **nie** □ **áno** □ teplá □ studená □ ikterická □ cyanotická **Zmeny na koži:** □ zápal □ opuch □ hematóm □ rana □ dekubit □ ulcus  □ lokalizácia: ...................................................................................................................  □ veľkosť defektu: ..................... cm**Hygienický stav pri prijatí:** □ primeraný □ zanedbaný Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Bolesť:** □ nie □ áno □ akútna □ chronická  □ lokalizácia: ...............................................................................................................................  □ charakter: .................................................................................................................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Istota, bezpečie:** □ strach □ úzkosť □ smútok □ beznádej **Ohrozenie násilím:** □ nie □ áno: ...............................................................................................................  |
| **Komunikácia:** problém □ **nie** □ **áno** □ poruchy reči □ nemožná Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Učenie, zmyslové vnímanie:** problém □ **nie** □ **áno** **Zmeny v zmysloch – zrak/sluch/reč:** □ nie □ áno, aké: ...............................................................................**Kompenzačné pomôcky:** □ okuliare □ šošovky □ načúvací aparátIné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Psychické potreby:** problém □ **nie** □ **áno:** .............................................................................................................................. **Sociálne potreby:**problém □ **nie**  □ **áno** □žije sám □ vyžaduje prítomnosť blízkej osoby **Vplyv choroby na:** □ prácu □ vzťahy v rodine **Duchovné potreby:** problém □ **nie** □ **áno:** ..............................................................................................................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Nedostatočnosť v oblasti:** □ výživy □ vyprázdňovania □ hygieny □ obliekania □ chronickej liečby  □ starostlivosti o DÚ/ranu/stómiu Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Pacient/pacientka je poučený (á) o:**právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov domácom poriadkuúschove peňazí/cennosti zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog**Pacient/pacientka pri prijatí odovzdal (a):** ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum:** .................................. **Podpis pacienta/pacientky:** ........................................................................... |
| **Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:** ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum a čas:** ................................. **Čitateľný podpis sestry:** ....................................................................... |