VZOR

**Príloha č. 8**

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

|  |
| --- |
| 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** □ zmeny neurocirkulačných parametrov □ ĽDK □ PDK  Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Dýchanie:** D: ............ /min.  problém □ **nie**  □ **áno** □ kašeľ  Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Výživa:** hmotnosť: .............. kg výška: ............... cm  problém □ **nie** □ **áno** □ úbytok/prírastok hmotnosti za posledný rok:.................. kg □ nechutenstvo  □ pálenie záhy □ nauzea □ vracanie □ dysfágia □ per os □ parenterálna výživa  □ i.v. prístup/dátum zavedenia: .............................................  □ CVK/dátum zavedenia: .................................... □ enterálna výživa  □ PEG/dátum zavedenia: .....................................  □ nazogastrická sonda/dátum zavedenia: ......................... □ iný druh sondy: ..........................  □ gastrostómia/dátum zavedenia: ......................... □ iný druh stómie: .....................................  **Kompenzačné pomôcky - zubná protéza:** □ nie □ áno  Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Vylučovanie:**  **Defekácia:**  problém □ **nie** □ **áno** □ nepravidelná □ hnačka □ zápcha □ inkontinencia □ s prímesami  □ stómia ošetrená naposledy/dátum: ......................... □ stómia ošetrená samostat./s pomocou Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  **Močenie:**  problém □ **nie**  □ **áno** □ pálenie □ rezanie □ dyzúria □ retencia □ inkontinencia  □ PK/dátum zavedenia: ............................. □ urostómia/dátum zavedenia: ..............................  □ absorbčné pomôcky □ peritoneálna dialýza/hemodialýza  Iné 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 □ operačná 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 □ nervozita □ 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 aparát  Iné 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 ranu/stómiu □ rehabilitácie  Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Pacient/pacientka je poučený (á) o:**  právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov domácom poriadku  úschove 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:** ....................................................................... |