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/hemodialýzaIné zistenia: ........................................................................................................................................................**Drény, aké:** ........................................................................................................................................................  |
| **Spánok:** problém □ **nie**  □ **áno** □ ťažkosti pri zaspávaní □ farmakoterapiaIné 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 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 ranu/stómiu □ rehabilitácie 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:** ....................................................................... |