|  |  |
| --- | --- |
| **Odtlačok pečiatky****zdravotníckeho zariadenia:** | **Klinika/Oddelenie:** |
|  **ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM****pre pediatrické pracoviská** |
| **Meno, priezvisko dieťaťa:** .............................................................................................................................**Rodné číslo:** .................................................. |

VZOR

**Príloha č. 9**

|  |
| --- |
| **Ako užíva dieťa lieky:** □ v celku □ rozdrvené □ iná forma, aká: ............................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu dieťaťa** |
| **Cirkulácia:** TK: ............... mmHg TT: ................ 0C P: .......... /min. problém □ **nie** □ **áno** Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Súčasná hmotnosť:** ........ kg **Výška/dĺžka:** ........ cm **Obvod hlavy:** ........ cm **Obvod hrudníka:** ........ cm  |
| **Dýchanie:** D: ............ /min. problém □ **nie**  □ **áno** □ dýchavica v pokoji □ dýchavica pri námahe **Kašeľ:** problém □ **nie**  □ **áno** □ charakter: ......................................................................................................... **Sekrécia z nosa:** problém □ **nie**  □ **áno** □ serózna □ hustá □ krvácanie □ potreba odsávaniaIné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Výživa:** □ umelá, aká: .................................................. diétne obmedzenie: ..........................................**Dieťa je:** □ dojčené □ prikrmované □ dojčené + prikrmované □ realimentácia  □ parenterálna výživa □ i.v. prístup/dátum zavedenia: ............................................................. □ CVK/dátum zavedenia: ............................................. □ enterálna výživa  □ nazogastrická sonda/dátum zavedenia: ..............................................  □ gastrostómia/dátum zavedenia: .......................................................... **Jedenie:** □ samostatné □ kŕmené □ cumeľ- fľaša □ lyžička/príbor problém □ **nie**  □ **áno** □ nechutenstvo □ nauzea □ odgrckávanie □ vracanie po jedle/liekoch/pri  kašli □ problémy s prehĺtaním □ bolesť - pred jedlom/po jedle **Príjem tekutín:** □ z fľaše □ z poháraIné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Vylučovanie:** □ plienky □ nočník □ WC **Defekácia:** problém □ **nie** □ **áno** □ nepravidelná □ meteorizmus □ hnačka □ zápcha  □ bolesť pri vyprázdňovaní □ kolostómia, ošetrená naposledy/dátum: ....................................  □ farba stolice: ................................................ Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ **Močenie:**problém □ **nie**  □ **áno** □ pálenie □ časté močenie □ denné/nočné pomočovanie □ bolesť  □ PK/dátum zavedenia: ...................................... □ farba moču: .............................................. Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Drény, aké:** ........................................................................................................................................................  |
| **Spánok:** □ dopoludnia □ popoludní  **Zaspáva:** □ samo □ s hračkou □ pri svetle problém □ **nie**  □ **áno** □ ťažkosti pri zaspávaní □ zmenený rytmus Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Mobilita:** problém □ **nie** □ **áno** □ s pomocou □ na vozíku **Kompenzačné pomôcky:** □ nie□ áno, aké: .................................................................................................. |
| **Koža:** problém □ **nie** □ **áno** □ teplá □ studená □ suchá □ spotená □ čistá □ zanedbaná/špinavá **Farba:** □ ružová □ bledá □ mramorová □ ikterická □ cyanotická **Zmeny na koži:** □ zápal □ opuch □ hematóm □ vyrážka □ ekzém □ rana  □ dekubit □ ulcus □ intertrigo  □ lokalizácia: ....................................................................................................................  □ veľkosť defektu: ..................... cm**Sliznica dutiny ústnej:** problém □ **nie** □ **áno** □ suchá □ soor □ afty**Oči:** problém □ **nie** □ **áno** □ sekrécia, aká: ...................................................................................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Bolesť:** □ nie □ áno  □ lokalizácia: ............................................................................................................................... **Prejav bolesti:** □ zmena polohy □ plač □ povie samo □ ukáže samo Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Reč: Materinský jazyk:** ...................................................problém □ **nie** □ **áno** □ poruchy reči, aké: ............................................................................................ Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Zmyslové vnímanie dieťaťa:** **Zrak: Sluch:**problém □ **nie** □ **áno, aký:** .............................. problém □ **nie** □ **áno, aký:** ...................................**Kompenzačné pomôcky:** □ okuliare □ šošovky □ načúvací aparátIné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Schopnosť starať sa o seba:** /0 – nezávislé, 1 – potrebuje pomoc, 2 – úplne závislé/ |
| **Sociálny stav:**□ normálne sociálne prostredie □ slabé sociálne prostredie □ zanedbané dieťa Iné zistenia: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **Rodič/zákonný zástupca je poučený o:**právach a povinnostiach hospitalizovaných detí domácom poriadkuúschove peňazí/cennosti zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog**Rodič/zákonný zástupca pri prijatí odovzdal:** ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum:** ..................................  **Podpis rodiča/zákonného zástupcu:** .......................................................... |
| **Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:** ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum a čas:** ................................. **Čitateľný podpis sestry:** ....................................................................... |