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

VZOR

**Príloha č. 10**

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

|  |
| --- |
| Informácie získané od príbuzných/podporných osôb pacienta/pacientky  |
| .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| Objektívne pozorovanie pacienta/pacientky sestrou  |
| .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Užívanie** |
| □ kofeín□ nikotín □ alkohol □ lieky bez odporúčania lekára □ drogy  |

|  |
| --- |
| **Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/pacientky** |
| **Vedomie:** □ pri vedomí □ somnolencia □ sopor □ kóma □ delírium Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Orientácia:** □ orientovaný □ dezorientovaný miestom/časom/osobou/situáciou Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Cirkulácia:** TK: ............... mmHg TT: ................ 0C P: .......... /min. problém □ **nie** □ **áno, aký:** ...................................................................................................................... Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Dýchanie:** D: ............ /min. problém □ **nie** □ **áno, aký:** ...................................................................................................................... Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Výživa:** hmotnosť: .............. kg výška: ............... cm problém □ **nie** □ **áno**  □ úbytok/prírastok hmotnosti:.................. kg  □ chuť do jedla – primeraná/obmedzená □ nechutenstvo □ nauzea □ zvracanie  □ porucha prehĺtania □ pálenie záhy Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Kompenzačné pomôcky - zubná protéza:** □ nie □ áno Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Vylučovanie:** **Defekácia:** problém □ **nie** □ **áno**  □ nepravidelná □ hnačka □ zápcha □ inkontinencia □ s prímesami  □ stómia ošetrená naposledy/dátum: ..............................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ **Močenie:**problém □ **nie** □ **áno** □ nepravidelné □ dyzúria □ retencia □ inkontinencia  □ PK/dátum zavedenia: ............................................. □ farba moču: ...................................... Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Posledná menštruácia/dátum:** ............................................................................. **Absorbčné pomôcky:** □ jednorazové podložky □ jednorazové plachty □ vložky □ plienky  |
| **Spánok:** problém □ **nie** □ **áno** □ ťažkosti pri zaspávaní □ zmenený rytmus □ farmakoterapia  □ dĺžka spánku: ................................ hod.Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Mobilita:** □ **1** plná mobilita □ **2** mobilita mierne obmedzená □ **3** mobilita veľmi obmedzená  □ **4** imobilita**HK – pohyblivosť:** □ áno □ nie **DK – pohyblivosť:** □ áno □ nie**Edémy na HK/DK:** □ áno □ nie **Chôdza:** ........................................................................**Kompenzačné pomôcky:** □ palica □ barle □ chodítko □ vozík  |
| **Koža:** problém □ **nie** □ **áno** □ teplá □ studená □ suchá □ spotená **Farba:** □ ružová □ bledá □ ikterická □ cyanotická**Zmeny na koži:** □ svrbenie □ olupovanie □ opuch □ zapareniny □ zápal □ hematóm □ odreniny  □ krvácanie □ rana/jazvy □ dekubit  □ lokalizácia: ...................................................................................................................  □ veľkosť defektu: ..................... cm**Sliznice:** □ vlhké □ suché**Hygienický stav pri prijatí:** □ primeraný □ zanedbaný Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Bolesť:** □ nie □ áno □ akútna □ chronická  □ lokalizácia: ...............................................................................................................................  □ charakter: ................................................................................................................................. □ reakcia na bolesť: ..................................................................................................................... Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **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 a sociálne potreby:** **Sociálny stav:**problém □ **nie** □ **áno** □žije sám **Vplyv choroby na:** □ prácu □ vzťahy v rodine**Istota, bezpečie:** □ strach □ úzkosť □ nervozita □ smútok □ beznádej □ hnev □ vina**Vnímanie:** problém □ **nie** □ **áno** □ halucinácie □ ilúzie**Pamäť:** problém □ **nie** □ **áno, aký:** .......................................................................................................... **Pozornosť:** problém □ **nie** □ **áno** □ nesústredený (á) □ roztržitý (á) **Nálada:** □ primeraná □ depresívna □ apatická □ manická □ anxiózna **Správanie:** problém □ **nie** □ **áno** □ neprimerané □ agresia verbálna/brachiálna**Postoj k liečbe:** □ spolupracuje/nespolupracuje Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Nedostatočnosť v oblasti:** □ výživy □ vyprázdňovania □ hygieny □ obliekania □ mobility Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Pacient/pacientka je poučený (á) o:**právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov domácom poriadkupozná dôvod hospitalizácie zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drogchápe/nechápe dané pokyny pri príjme má vykonaný sanitárny filter **Pacient/pacientka pri prijatí odovzdal (a):**□ občiansky preukaz □ kartu poistenca □ cestovný pas □ zbrojný pas □ vodičský preukaz □ potvrdenie o dočasnej PN □ diabetickú knižku □ preukaz ZŤP □ absorbčné pomôcky □ inzulínové pero □ lieky □ tašku, kufor □ kompenzačné pomôcky □ šaty pod č.: ..................... □ cennosti □ peňažnú hotovosť: ........................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Pacient/pacientka si u seba na vlastnú zodpovednosť necháva:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum:** .................................. **Podpis pacienta/pacientky:** ........................................................................... |
| **Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:** ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Dátum a čas:** ................................. **Čitateľný podpis sestry:** ....................................................................... |