|  |  |
| --- | --- |
| **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 aparát  Iné 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 poriadku  pozná dôvod hospitalizácie zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog  chápe/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:** ....................................................................... |