|  |
| --- |
| **Odtlačok pečiatky zariadenia****poskytujúceho ošetrovateľskú starostlivosť:** |
| **OŠETROVATEĽSKÝ ZÁZNAM****..........................................................................................................................................** |
| **Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:** .......................................................... **telefón:** ........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**Rodné číslo:** ................................................. **Číselný kód zdravotnej poisťovne:****Trvalý pobyt:** ..................................................................................  **poschodie**: ...........................................**Prechodný pobyt:** ........................................................................... **poschodie:** ...........................................**Kontaktná osoba a vzťah k pacientovi (e):** ....................................................................................................**Adresa kontaktnej osoby:** ............................................................................... **telefón:** ................................ |
| **Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH):** ........................................................................................................................................................................................................................................................**Doporučená farmakoterapia:** .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Ošetrujúci lekár:** .............................................. **pracovisko:** ........................................................................**Dátum a čas prijatia do starostlivosti:** ............................................................................................................ |
| **Alergia:** □ lieky □ potraviny □ dezinfekčné prípravky □ leukoplast □ uštipnutie Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Abúzy:** □ kofeín□ nikotín □ alkohol □ lieky □ drogy  |
| **Rodinná anamnéza** –IM, DM, ICHS, TBC, CA: ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **Sociálna anamnéza povolanie:** ..............................................................................................**Sociálne podmienky:** □ žije sám (a) □ s rodinou □ v zariadenísociálnych služieb (ZSS) Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ **Sociálne postavenie:** □ zamestnaný (á) □ nezamestnaný (á)  □ dôchodca □ invalidný (á) dôchodca □ MD **Sociálny kontakt:** □ deti/príbuzný □ priatelia □ susedia □ svojpomocné skupiny  □ opatrovateľská služba**Spoločensko-kultúrna situácia:** □ uprednostňuje samotu □ spoločnosť □ TV □ rádio □ dennú tlač |

VZOR

**Príloha č. 14**

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

|  |
| --- |
| **Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/pacientky** |
| **Starostlivosť odporučil:** □ všeobecný lekár □ lekár LSPP □ ZZS □ iný ošetrujúci lekár, aký: .................................................................................................................................□ prevzatý (á) z iného zariadenia, odkiaľ: ..........................................................................................................  oddelenie: ........................................................................................................................................................ **Posledná hospitalizácia:** od .......................... do ...........................  |
| **Vedomie:** □ pri vedomí □ somnolencia □ semikóma □ kóma Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Orientácia:** □ orientovaný □ dezorientovaný v čase/v priestore Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Cirkulácia:** TK: ............... mmHg TT: ................ 0C P: .......... /min. problém □ **nie** □ **áno** □ hypotenzia□ hypertenzia□ pulz – nepravidelný/slabo hmatný/nitkovitý  □ kardiostimulátorIné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Dýchanie:** D: ........ /min. problém □ **nie** □ **áno** □ nepravidelné □ rýchle □ pomalé □ sťažené □ plytké □ prehĺbené  □ apnoické pauzy □ stridor □ dýchavica v kľude □ kašeľ produktívny/neproduktívny  □ tracheostómia Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Odsávanie z dýchacích ciest:** □ áno □ nie **Oxygenoterapia:** □ áno □ nie **UPV:** □ áno □ nie **Inhalácia:** □ áno □ nie  |
| **Výživa:**  diéta: č. ...................problém □ **nie** □ **áno** □ obezita □ kachexia □ úbytok/prírastok hmotnosti:...................... kg  □ nechutenstvo □ nauzea □ zvracanie □ porucha prehĺtania □ pálenie záhy  □ enterálne/nutričné prípravky, aké: ...........................................................................................**Chuť do jedla:** □ primeraná □ obmedzená **Príjem stravy:** □sám □ s pomocou □ nazogastrická sonda/dátum zavedenia: .........................................□ gastrostómia/dátum zavedenia: ..................................... □ PEG/dátum zavedenia: .....................................**Príjem tekutín/24 hod.:** .................. ml. □ enterálne □ parenterálne □ sipping □ CVK/dátum zavedenia: ............................. □ periférny i.v. prístup/dátum zavedenia: ................................**Kompenzačné pomôcky - zubná protéza:** □ áno □ nieIné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Vylučovanie:** **Defekácia:** problém □ **nie** □ **áno**  □ nepravidelná □ hnačka □ zápcha □ s prímesami □ inkontinencia  □ hemoroidy □ stómia ošetrená naposledy/dátum: ..............................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ **Potreba pomoci pri ošetrovaní stómie:** □ áno □ nie **Regulácia vyprázdňovania:** □ nie □ áno **Spôsob regulácie vyprázdňovania:** □ čaj □ čípok □ klyzma Iné zistenia: ........................................................................................................................................................**Močenie: diuréza/24 hod.:** ...................... ml. problém □ **nie** □ **áno** □ dyzúria □ retencia □ inkontinencia □ absorbčné pomôcky  □ PK/dátum zavedenia: .............................................. □ farba moču: .......................................  □ urostómia/dátum zavedenia: .............................................. □ peritoneálna dialýza/hemodialýza/dátum zavedenia: .............................................. □ urinárny kondómový systém Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Spánok:** problém □ **nie**  □ **áno** □ nespavosť □ nočné budenie □ farmakoterapia Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Mobilita:** □ **1** plná mobilita □ **2** mobilita mierne obmedzená □ **3** mobilita veľmi obmedzená  □ **4** imobilita □ kompenzačné pomôcky, aké: ........................................................................... **Pohybový systém:** problém □ **nie** □ **áno** □ deformácia □ tŕpnutie končatín □ zlomenina □ ochrnutie □ amputáciaIné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Koža:** problém □ **nie**  □ **áno** □ teplá □ studená □ suchá □ spotená **Farba:** □ ružová □ bledá □ ikterická □ cyanotická **Turgor:** □ primeraný □ znížený **Celistvosť kože:**□ nenarušená □ narušená**Zmeny na koži:** □ kožné vyrážky □ svrbenie □ olupovanie □ zaparenia □ modriny □ zápal  □ povrchové poranenie □ otvorená rana □ operačná rana → abdominálna → vaginálna  □ krvácanie □ ulcus cruris □ gangréna □ dekubity   □ lokalizácia: ...............................................................................................................................  □ veľkosť defektu: ..................... cm**Pacient/pacientka je:** ................................ deň po operácií**Edémy:** problém □ **nie** □ **áno** □ miestne/celkové □ bandáž DK/antitrombotické pančuchy □ cievna gymnastika **Sliznice:** problém □ **nie**  □ **áno** □ neprekrvené □ krvácanie □ infekcia □ zmeny na sliznici dutiny ústnej**Hygienický stav pri prijatí:** □ primeraný □ zanedbaný**Hygienickú starostlivosť vykonáva:** □ samostatne □ s pomocou □ je úplne závislý (á) Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Pôrodné posúdenie, v prípade ak ide o šestonedieľku:** □ prvorodička/druhorodička/viacrodička **Dátum pôrodu:** ......................................................**Pôrod:** □ spontánny/operatívny**Komplikácie po pôrode:** □ nie □ áno, **charakter komplikácií:** ..............................................................................................................................................................................................................................................**Fundus maternice:** ........................... **Stav krvácania/lochie: vzhľad:** ...................................................... **množstvo:** .............................................**Hojenie popôrodného poranenia:** □ per primam □ per sekundam**Prsníky:** □ voľné □ začervenanie □ trhlinky bradaviek □ bolestivosť □ retencia mlieka **Laktácia rozvinutá:** □ áno □ čiastočne □ nie **Novorodenec:**□ chlapec□ dievča**Pôrodná hmotnosť:** ............... **g Dĺžka:** ........ **cm Obvod hlavy:** ........ **cm Obvod hrudníka:** ......... **cm**Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Bolesť:** □ nie □ áno □ akútna □ chronická  □ lokalizácia: ..............................................................................................................................  □ charakter: ................................................................................................................................Iné zistenia: ........................................................................................................................................................ |
| **Komunikácia:** □ verbálna/neverbálna 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: ........................................................................................................................................................**Vedomosti** **o chorobe:** □ dostatok/nedostatok **Edukácia pacienta/pacientky:** □ o ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí □ o paliatívnej starostlivosti □ o ošetrovateľskej starostlivosti v pooperačnom období □ o ošetrovateľskej starostlivosti po chemoterapií □ o ošetrovateľskej starostlivosti v šestonedelí  |
| **Psychické potreby:** problém □ **nie** □ **áno:** .............................................................................................................................. **Nálada:** □ primeraná □ apatia □ depresia □ eufória □ agresia**Istota, bezpečie:** □ kľudný □ vyrovnaný □ strach □ smútok □ úzkosť □ hnev □ depresia  □ beznádej □ bezmocnosť □ zmätenosť □ sebaobviňovanie □ sebaľutovanie**Sociálne potreby:**problém □ **nie**  □ **áno** □ je/nie odkázaný (á) na sociálnu pomoc **Duchovné potreby:** problém □ **nie** □ **áno:** .............................................................................................................................. Iné zistenia: ........................................................................................................................................................  |
| **Nedostatočnosť v oblasti:** □ výživy □ vyprázdňovania □ hygieny □ obliekania  □ chronickej liečby/aplikácie INZ, s.c. inj./podávania liekov per os □ eliminácie bolesti  □ starostlivosti o ranu/stómiu/dekubit/ □ starostlivosti o ranu hojacu sa per sekundam □ starostlivosti o hrádzu/prsníky □ starostlivosti o dojčenie/novorodenca 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/pôrodnej asistentky:** ....................................... |