|  |
| --- |
| **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  □ kardiostimulátor  Iné 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 □ nie  Iné 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 □ amputácia  Iné 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 aparát  Iné 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 poriadku  úschove 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:** ....................................... |