

Nr. ewidencyjny .....

Pieczętka, data.....

**KARTA INDYWIDUALNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ**

Nazwisko, imię.....Wiek.....Data ur.....Pesel.....

Data przyjęcia..... Płeć ☐ K, ☐ M, Tel. kontaktowy.....Oddział.....

RR:	Tętno:	Waga:	Temperatura:	Alkomat:
Pacjent przybył do CZP: <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> z rodziną				
Rozpoznanie: wg ICD-10				
Ocena stanu higieny pacjenta: <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły <input type="checkbox"/> zaniedbany				
Uczulenia: <input type="checkbox"/> tak,..... <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie pamięta				
Czy były próby samobójcze, samookaleczenie? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> inne.....			Pacjent pod wpływem: <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> narkotyków <input type="checkbox"/> środków wziewnych	

Trudności związane ze stanem pacjenta w chwili przyjęcia, informacje zgłaszane przez rodzinę:

.....

.....

.....

.....

.....

☐ Zapoznałem/am się z prawami pacjenta

☐ Regulamin Ośrodka Dziennego Wsparcia

.....

data i podpis pacjenta

.....

imię, nazwisko, nr pr. wyk. zaw., podpis

<b>WYGLĄD ZEWNĘTRZNY:</b> <input type="checkbox"/> zadbane <input type="checkbox"/> zaniedbane <input type="checkbox"/> otyły <input type="checkbox"/> brudny <input type="checkbox"/> wychudzony <input type="checkbox"/> w normie inne:..... .....	<b>SKÓRA:</b> <input type="checkbox"/> blada <input type="checkbox"/> zażółcona <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> ślad po samouszkodzeniach inne:..... .....
<b>CHÓD:</b> <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> pacjent leżący <input type="checkbox"/> brudny <input type="checkbox"/> chwiejny <input type="checkbox"/> na wózku inwalidzkim inne:.....	<b>GŁOWA:</b> <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> wszy inne:.....
<b>ŚWIADOMOŚĆ:</b> <input type="checkbox"/> orientacja allopsychiczna <input type="checkbox"/> orientacja autopsychiczna <input type="checkbox"/> majaczenie <input type="checkbox"/> śpiączka <input type="checkbox"/> jasna inne:.....	<b>NAPĘD PSYCHORUCHOWY:</b> <input type="checkbox"/> spokojny <input type="checkbox"/> pobudzony <input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> spowolniony <input type="checkbox"/> drżenia <input type="checkbox"/> bezdech inne:.....
<b>ZACHOWANIE PACJENTA:</b> <input type="checkbox"/> dostosowanie <input type="checkbox"/> agresywny czynnie <input type="checkbox"/> bez dystansu <input type="checkbox"/> agresywny słownie <input type="checkbox"/> dziwaczne inne:..... .....	<b>NASTRÓJ:</b> <input type="checkbox"/> wyrównany <input type="checkbox"/> depresyjny <input type="checkbox"/> euforia <input type="checkbox"/> lęk <input type="checkbox"/> gniew inne:..... .....
<b>MOWA:</b> <input type="checkbox"/> cicha <input type="checkbox"/> głośna <input type="checkbox"/> niewyraźna <input type="checkbox"/> wolna <input type="checkbox"/> szybka <input type="checkbox"/> mutyzm inne:..... .....	<b>MIMIKA TWARZY:</b> <input type="checkbox"/> żywa <input type="checkbox"/> sztywna <input type="checkbox"/> maskowata inne: inne:..... .....
<b>ZABURZENIA MYŚLENIA:</b> <input type="checkbox"/> urojenie <input type="checkbox"/> prześladowcze <input type="checkbox"/> nihilistyczne <input type="checkbox"/> wielkościowe <input type="checkbox"/> myśli natrętne <input type="checkbox"/> gonitwa myśli inne:.....	<b>ZABURZENIA POSRZEGANIA:</b> <input type="checkbox"/> wzrokowe <input type="checkbox"/> węchowe <input type="checkbox"/> dotykowe <input type="checkbox"/> smakowe <input type="checkbox"/> słuchowe inne:..... .....

.....  
imię, nazwisko, nr pr. wyk. zaw., podpis

Imię i nazwisko pacjenta:.....Pesel:.....

**KARTA OBSERWACJI PIELĘGNIARSKICH**

Data	Opis stanu pacjenta

**WYPIS PACJENTA**

Imię i nazwisko pacjenta.....Pesel.....

Data wypisu.....

**ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE**

( PRZY WYPISIE PACJENTA )

**1. Przyjmowanie leków:**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Wskazówki do dalszej pielęgnacji w domu / dieta**

.....  
.....  
.....

**3. Wskazówki do dalszej pielęgnacji:**

☐ przekazano pacjentowi

☐ zapisano w dokumentacji  
medycznej

Data:.....

.....  
Imię, nazwisko, nr pr. wyk. zaw., podpis

# KARTA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

( Wypełnić dla każdego nowoprzyjętego pacjenta)

NAZWISKO I IMIĘ: .....					PESEL: .....				
ODDZIAŁ: .....					DATA PRZYJĘCIA:.....				
Nr Księgi Głównej .....									
PRZYJĘTO: <input type="checkbox"/> z domu <input type="checkbox"/> z innego szpitala <input type="checkbox"/> z innego miejsca (jakiego?): .....									
PACJENT PRZYJĘTY Z ZAKAŻENIEM: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie									
Jeżeli tak, to z jakim: .....									
Czy pacjent chorował na WZW <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie									
Szczepienia przeciwko WZW typu B <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie      Liczba dawek: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>									
Przebyty zabieg chirurgiczny, inny naruszający ciągłość skóry, urazy otwarte lub transfuzje w ostatnich 6 m-c <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak      Jaki?.....									
Hospitalizacja w placówkach medycznych w okresie ostatnich 6 m-c. <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie									
Nazwa placówki, data pobytu .....									
Przyczyna hospitalizacji: .....									
Zakażenia lub kolonizacja patogenem alarmowym stwierdzana w badaniach mikrobiologicznych <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie									
Nazwa patogenu .....      Data izolacji.....									
<b>Ocena ryzyka rozwoju zakażenia szpitalnego</b>									
Choroba nowotworowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie					Leki immunosupresyjne <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jakie.....				
Nikotyzm <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Alkoholizm <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Narkomania <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Antybiotykoterapia bezpośrednio przed przyjęciem <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie nazwa .....						
Cukrzyca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Otyłość <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Niedożywienie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Niewydolność oddechowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Wentylacja mechaniczna <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Niewydolność nerek <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Dializoterapia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Niewydolność krążeniowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Niewydolność wątroby <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Nieprzytomny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Obecność cewnika żylnego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie moczowego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie data założenia ..... <input type="checkbox"/> brak danych			Odleżyny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Odleżyna <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna		Wiek powyżej 65 lat <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Pacjent zakwalifikowany do grupy wysokiego ryzyka ( <i>Wysoka grupa ryzyka ≥ 4x tak</i> ) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			Data		Pieczętka i podpis lekarza				
Brak możliwości zebrania wywiadu przyczyna .....			Data		Pieczętka i podpis lekarza				

Po wypełnieniu karta zostanie włączona do Historii Choroby pacjenta.

W przypadku wysokiego ryzyka kserokopię karty lekarz prowadzący przekazuje pielęgniarkie epidemiologicznej.