

PRZEWODNIK DO GROMADZENIA DANYCH O PACJENCIE

Szpital

I. DANE PERSONALNE:

Nazwisko i imię.....Wiek.....
Stan cywilny.....Zawód.....
Miejsce pracy.....Wykształcenie.....
Miejsce urodzenia.....
Miejsce zamieszkania: wieś miasto
Data przyjęcia do szpitala.....w trybie: nagłym planowanym
Rozpoznanie medyczne

II. DOTYCHCZASOWA SYTUACJA ZDROWOTNA PACJENTA:

Przebyte choroby.....
Choroby współistniejące

Uczulenia.....
Nałogi.....

III. DANE O FUNKCJONOWANIU POSZCZEGÓLNYCH UKŁADÓW

Układ krążenia: tętno RR

Sinica skóry tak/nie; obrzęki tak/nie

Uwagi*.....

Układ oddechowy: liczba oddechów /min.....

Kaszel tak/nie suchy wilgotny napadowy

Zaleganie wydzieliny tak/nie Duszność tak/nie wysiłkowa spoczynkowa

Uwagi*.....

Układ nerwowy: Stan świadomości : pełna senność zamroczenie

stan przedśpiączkowy śpiączka

Kontakt słowny: dobry ograniczony bez kontaktu

Uwagi*.....

Sen: prawidłowy trudności w zasypianiu bezsenność

Uwagi*.....

Funkcjonowanie zmysłów:

Wzrok dobry niedowidzenie niewidomy okulary

Słuch dobry niedosłuch głuchota aparat słuchowy

Uwagi*.....

Ból: umiejscowienie.....

Nasilenie.....

Charakter.....

Uwagi*.....

Układ moczowo – płciowy: wydalanie moczu: : prawidłowe zaburzone

nieotrzymanie moczu trudności w oddawaniu moczu ból, pieczenie przy oddawaniu moczu

Wywiad ginekologiczny *(menstruacje, przebyte choroby, porody itp.).....

Stan odżywienia: wzrostciężar ciałaBMI

Układ pokarmowy: samodzielność w jedzeniu tak/nie , w jakim zakresie potrzebna pomoc w przyjmowaniu posiłków.....

Apetyt dobry zmniejszony wzmożony

Sposób odżywiania: doustny przez sondę parenteralne inne

Rodzaj diety.....

Jama ustna: ubytki zębowe proteza zmiany na śluzówkach

Objawy ze strony układu pokarmowego: odbijanie zgaga wzdęcia nudności
 wymioty inne

Wydalenie stolca: prawidłowe zaparcia biegunki nieotrzymanie stolca inne

Uwagi*.....

Wydolność samoobsługowa:

Radzi sobie

Ma trudności

Nie radzi sobie

Utrzymanie higieny osobistej

Mycie /kąpiel całego ciała

Ubieranie i rozbieranie się

Spożywanie posiłków

Korzystanie zWC

Przechodzenie z łóżka na wózek i
odwrotnie

Przejście pow.50 m (ew.za
pomocą sprzętu)

Chodzenie po schodach

Jazda na wózku

Skóra: czystość (ocena)

Zmiany na skórze (jakie ?, gdzie?).....

Włosy, paznokcie : czystość (ocena).....

IV. STAN PSYCHICZNY:

Nastrój: euforia zadowolony przestraszony pewny siebie obojętny

komunikatywny nerwowy niezadowolony niepewny zamknięty

inne

Nastawienie do hospitalizacji i leczenia

Reakcje na aktualne dolegliwości

inne.....

V. SYTUACJA RODZINNO – SPOŁECZNA:

Mieszkanie: samodzielnie z rodziną przy rodzinie przy znajomych

Warunki mieszkaniowe (niedogodności)

Osoba utrzymująca kontakt z pacjentem.....

Odległość od opiekunów.....

Choroby w rodzinie

Role i funkcje pełnione w rodzinie w pracy.....

na rzecz społeczeństwa

Liczba członków przebywających w jednym gospodarstwie domowym

Nazwisko i imię Wiek
Pokój

Data	Ocena stanu pacjenta	Uwagi

Nazwisko i imię Wiek

Pokój

Data	Ocena stanu pacjenta	Uwagi

