

# KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

STUDENTKA / STUDENT

DATY PROWADZENIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ  
(proces prowadzicie **3 dni**)

INICJAŁY PACJENTA	K / M PŁEĆ	WIEK	ODDZIAŁ	NR SALI
-------------------	---------------	------	---------	---------

WYKSZTAŁCENIE: podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe

TRYB PRZYJĘCIA: planowy  nagły  przeniesiony z .....

POBYT W SZPITALU:

pierwszy  kolejny ..... Doba hospitalizacji ..... Doba po zabiegu operacyjnym .....

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI: .....

ROZPOZNANIE LEKARSKIE / RODZAJ ZABIEGU OPERACYJNEGO .....

CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE : .....

CZYNNIKI RYZYKA:

PRZEBYTE / ISTNIEJĄCE CHOROBY/ZAKAŻENIA: WZW Typu B  Typu C  HIV  .....

UCZULENIA: NIE  TAK

objawy: ..... przyczyny: .....

WZROST: ..... MASA CIAŁA: ..... BMI: ..... Należna masa ciała: .....

INNE UWAGI: .....

Szczepienia ochronne: Grypa  WZW Typ B  Tężec  Inne .....

OPASKA IDENTYFIKACYJNA

TAK  NIE

Podpis STUDENTA

Leki i suplementy diety przyjmowane przez pacjenta  
(nazwa, dawkowanie, **DROGA PODANIA** –  
*np. p.o; i.v; s.c; i.m*)

BADANIA DIAGNOSTYCZNE:

prawidłowy

- tego nie określać

rodzaj

TAK NIE

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OBSERWACJA I PIELĘGNACJA KANIULI OBWODOWEJ

Lp.	Data i godz. założenia	Miejsce założenia	Obserwacja miejsca wkłucia w skali Baxter'a					Data i godz. pielęgnacji *)	Data i godz. usunięcia kaniuli	Podpis studenta
			0	1	2	3	4			

\*) Rodzaj czynności: Płukanie NaCl – NaCl, Zmiana okleiny – ZO, Płukanie NaCl+heparyna – NaCl&He, Obserwacja - O

**OCENA STANU BIO – PSYCHO - SPOŁECZNEGO PACJENTA**

**Objawy / elementy oceny**

**UWAGA! KAŻDĄ DYSFUNKCJĘ / OBJAW WYNIKAJĄCY Z WYWIADU NANOSICIE  
W OLD CARD I CHARAKTERYZUJECIE;  
JEŻELI BRAK SKALI DO OCENY DANEGO OBJAWU – WPISUJECIE - brak skali!**

OPIS OBJAWÓW\*)

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY			WPISAĆ JAKI OBJAW	JAKI OBJAW
UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY	Tętno	Częstość: ..... Miarowe: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Napięcie: prawidłowe <input type="checkbox"/> nitkowate <input type="checkbox"/> drutowate <input type="checkbox"/> chybkie <input type="checkbox"/>	O L D C A R T  Skala Wynik	
	Ciśnienie krwi	Wartość: skurczowe ..... rozkurczowe .....		
	Obrzęki	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> ciastowate <input type="checkbox"/> opadowe <input type="checkbox"/> sprężyste <input type="checkbox"/>		
	Sinica	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> umiejscowienie .....		
	Omdlenia	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> częstość w miesiącu ..... okoliczności wystąpienia .....		
	INNE			
UKŁAD ODDECHOWY	Oddech	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Częstość ..... Miarowy: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Nieprawidłowy <input type="checkbox"/> sptycony <input type="checkbox"/> świszczący <input type="checkbox"/> charczący <input type="checkbox"/> chrypka <input type="checkbox"/> stany bezdechu <input type="checkbox"/> pogłębiony <input type="checkbox"/> Sztuczna droga oddechowa: NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Rurka tracheostomijna <input type="checkbox"/> intubacyjna <input type="checkbox"/>	OBJAW  O L D C A R T  Skala Wynik	
		Duszność		
	Katar	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
	Zaleganie wydzieliny	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> odkrztuszanie samodzielne <input type="checkbox"/> utrudnione <input type="checkbox"/> Płwocina: śluzowa <input type="checkbox"/> śluzowo-ropna <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> .....		
	Kaszel	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/> przewlekły <input type="checkbox"/> pokastywanie <input type="checkbox"/> szczekający <input type="checkbox"/>		
	INNE			
UKŁAD POKARMOWY	Jama ustna	Stan uzębienia: prawidłowy <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> aparat ortodontyczny <input type="checkbox"/> próchnica <input type="checkbox"/> Stan śluzówek: ..... Stan języka: .....	OBJAW  O L D C A R T  Skala Wynik	
		Barwa: prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa .....		
	Pragnienie	Objętość przyjętych doustnie płynów / dobę: .....		
	Łaknienie	Prawidłowe <input type="checkbox"/> Zaburzone <input type="checkbox"/> : .....		
	Odżywianie	Rodzaj diety: .....		
		Ulubione potrawy .....		
		Nielubiane potrawy .....		
	Żywnienie	Żywnienie enteralne: łyżka <input type="checkbox"/> przez sondę <input type="checkbox"/> dożołądkowo <input type="checkbox"/> dojelitowo <input type="checkbox"/>		
		Żywnienie parenteralne: obwodowe <input type="checkbox"/> centralne <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> jakie? .....		
	Wymioty	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ilość: ..... treść: .....		
	Nudności	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nasilenie: .....przyczyna: .....		
Zgaga	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>			
Wydalenie	Prawidłowe <input type="checkbox"/> Częstość wypróżnień: ..... Biegunka <input type="checkbox"/> Zaparcia <input type="checkbox"/> Wzdęcia <input type="checkbox"/> Nietrzymanie stolca <input type="checkbox"/> Środki i sprzęt: Basen <input type="checkbox"/> Pampers <input type="checkbox"/> Sprzęt stomijny <input type="checkbox"/>			
	Ruchy perystaltyczne jelit	Obecne <input type="checkbox"/> Nieobecne <input type="checkbox"/>		
INNE				

UKŁAD MOCZOWO - PŁCIOWY	Diureza	Prawidłowa <input type="checkbox"/> Zaburzona: wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> bezmocz <input type="checkbox"/> nykturia <input type="checkbox"/> Liczba mikcji ..... pieczenie <input type="checkbox"/> swędzenie <input type="checkbox"/> bolesne parcie <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ <input type="checkbox"/> nietrzymanie moczu <input type="checkbox"/> Cewnikowanie: data zał. .... stałe <input type="checkbox"/> okresowe <input type="checkbox"/> rytm ..... Sprzęt pomocniczy: wkładki <input type="checkbox"/> pieluchomajtki <input type="checkbox"/> inne .....		<b>OBJAW</b> O L D C A R T Skala Wynik	
	Cykl miesięczkowy	Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Regularny <input type="checkbox"/> Nieregularny <input type="checkbox"/> Krwawienie: norma <input type="checkbox"/> obfite <input type="checkbox"/> skąpe <input type="checkbox"/> bolesne <input type="checkbox"/>			
	INNE				
UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY	Sprawność ruchowa/samoobsługa	Prawidłowa <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa wg skali Bartel ..... Deficyt: .....		<b>OBJAW</b> O L D C A R T Skala Wynik	
	Mobilność	Prawidłowa <input type="checkbox"/> Zaburzona <input type="checkbox"/> .....			
	Dysfunkcje narządu ruchu	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> opis ..... Porażenia <input type="checkbox"/> ..... Niedowład <input type="checkbox"/> ..... Napięcie mięśniowe: obniżone <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> przykurcze <input type="checkbox"/> Sprzęt pomocniczy: .....			
	INNE				
UKŁAD NERWOWY	Stan świadomości	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Zaburzony <input type="checkbox"/>		<b>OBJAW</b> O L D C A R T Skala Wynik	
	Objawy neurologiczne	Drgawki <input type="checkbox"/> Zawroty głowy <input type="checkbox"/> Zaburzenia czucia <input type="checkbox"/> Zaburzenia równowagi <input type="checkbox"/> Zaburzenia mowy <input type="checkbox"/>			
	Ból	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> charakter ..... ..... nasilenie ..... ..... inne ..... .....	Lokalizacja		
	INNE				
STAN PSYCHICZNY	Komunikacja	Werbalna <input type="checkbox"/> Logiczna <input type="checkbox"/> Nielogiczna <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> ..... Pozawerbalna <input type="checkbox"/> Trudności interpersonalne <input type="checkbox"/> ..... Inne: .....		<b>OBJAW</b> O L D C A R T Skala Wynik	
	Nastrój	Wyrównany <input type="checkbox"/> Podwyższony <input type="checkbox"/> Obniżony <input type="checkbox"/>			
	Zachowanie	Lęk <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Agresja fizyczna <input type="checkbox"/> Agresja słowna <input type="checkbox"/> Płacz <input type="checkbox"/> Inne .....			
	Sen	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Zaburzony (opis) ..... Liczba godzin snu w nocy: ..... Godzina zasypiania: ..... Sen w czasie dnia: .....			
	Nałogi	Papierosy: NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Liczba ..... Alkohol: NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> okazjonalnie <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> Środki psychoaktywne: NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> okazjonalnie <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/>			
	INNE				
NARZĄDY ZMYŚŁÓ	Wzrok	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Niedowidzenie <input type="checkbox"/> Okulary <input type="checkbox"/> Soczewki <input type="checkbox"/> Ślepotą <input type="checkbox"/> Inne .....		O L	

	Słuch	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Niedosłuch <input type="checkbox"/> Głuchota <input type="checkbox"/> Aparat słuchowy <input type="checkbox"/> Inne .....	D C A R T Skala Wynik	
	INNE			
SKÓRA	Cechy	Bładoróżowa <input type="checkbox"/> Błada <input type="checkbox"/> Zażółcona <input type="checkbox"/> Marmurkowa <input type="checkbox"/> Zasiniona <input type="checkbox"/> Wybroczyny <input type="checkbox"/> Wilgotna <input type="checkbox"/> Sucha <input type="checkbox"/> Ciepłota ciała: .....°C miejsce pomiaru ..... Cechy odwodnienia: NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> .....	OBJAW O L D C A R T Skala Wynik	
	Zmiany skórne	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Charakter: plamka <input type="checkbox"/> grudka <input type="checkbox"/> krosta <input type="checkbox"/> potówka <input type="checkbox"/> guzek <input type="checkbox"/> strup <input type="checkbox"/> pęcherzyk <input type="checkbox"/> owrzodzenie <input type="checkbox"/> łuska <input type="checkbox"/> nadżerka <input type="checkbox"/> liszaj <input type="checkbox"/> blizna <input type="checkbox"/> Lokalizacja: ..... Brak uszkodzeń <input type="checkbox"/>		
	Stan higieniczny skóry:	zadowalający <input type="checkbox"/> niezadowalający <input type="checkbox"/>		
	Rana	Odleżyny: NIE <input type="checkbox"/> <b>ocena ryzyka</b> wg skali ..... liczba pkt ..... <b>OCENIACIE RYZYKO U KAŻDEGO BADANEGO !!!</b> TAK <input type="checkbox"/> lokalizacja ..... stopień ..... <b>Rana pooperacyjna:</b> czysta <input type="checkbox"/> czysta skażona <input type="checkbox"/> skażona <input type="checkbox"/> brudna/zakażona <input type="checkbox"/> ( <b>dostosować odpowiednio do zabiegu operacyjnego</b> ) powierzchniowa <input type="checkbox"/> głęboka <input type="checkbox"/> inne ..... STAN: Prawidłowy <input type="checkbox"/> Zaczerwienienie <input type="checkbox"/> Obrzęk <input type="checkbox"/> Wysiłek <input type="checkbox"/> Rodzaj wydzieliny: ..... Obecność drenów: NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Wydzielina: Ilość ..... kolor ..... konsystencja .....		
	INNE			
SYTUACJA RODZINNO - SPOŁECZNA	Rodzina	Pełna <input type="checkbox"/> Niepełna <input type="checkbox"/> Wielopokoleniowa <input type="checkbox"/>	OBJAW O L D C A R T Skala Wynik	
	Wydolność opiekuńcza rodziny	Brak dyspozycyjności czasowej <input type="checkbox"/> Brak zaangażowania <input type="checkbox"/> Brak możliwości fizycznych <input type="checkbox"/>		
	Sytuacja materialno-bytowa rodziny	Warunki mieszkaniowe: dobre <input type="checkbox"/> występują niedogodności ..... Sytuacja materialna: dobra <input type="checkbox"/> zadowalająca <input type="checkbox"/> zła <input type="checkbox"/> Osoba zajmująca się pacjentem ..... Zwierzęta w domu (jakie?): .....		
	Problemy w rodzinie	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> jakie? ..... Nałogi: nikotyna <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> narkotyki <input type="checkbox"/> dopalacze <input type="checkbox"/> leki <input type="checkbox"/>		
	Choroby przewlekłe w rodzinie	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Jakie? ..... Kogo dotyczą? .....		
	Radzenie sobie pacjenta / opiekuna	w aspekcie: wiedzy: ..... umiejętności: ..... motywacji: ..... możliwości: .....		
	INNE			
<b>OLD CARD</b> *) <b>Legenda:</b> O – początek, L – lokalizacja, D – czas trwania, C – charakter, A – czynniki pogarszające, R – czynniki łagodzące, T – leczenie				

**BIEŻĄCA OCENA STANU PACJENTA**Data /  
godzinaOpis stanu (**podstawowe parametry, zmiana stanu zdrowia, reakcja na zabiegi, podawane leki**)**UWAGA!!!**

**Pierwszy dzień** prowadzenia procesu pielęgnowania - to zbieranie wywiadu i wypełnianie powyższego formularza – w tabelce nie opisujecie stanu pacjenta z pierwszego dnia !!!

Opisujecie /charakteryzujecie/ w tej tabelce stan pacjenta w **drugi i trzeci dzień** sprawowania opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem.

**Wpisywać zgodne do opisu daty !**

**Autoryzować opis stanu pacjenta !**

## KARTA DIAGNOZ I INTERWENCJI PIELĘGNIARSKICH

Inicjały pacjenta: .....

Nazwisko i imię studenta: .....

Diagnoza: .....

Przyczyny: .....

Objawy: .....

Cel opieki: ..... **OKRESLIĆ**

**NALEŻY CZAS W JAKIM ZAMIERZACIE OSIĄGNĄĆ CEL – krótko lub długookresowy !!!**

Data	Działania pielęgniarские	Realizacja		
		1 dzień	2 dzień	3 dzień
	<b>DZIAŁANIA PRECYZYJNIE PODAWAC – tj. WPISYWAC CZĘSTOTLIWOŚĆ PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ; czas trwania czynności; stężenia/dawka/ilość.</b>	parafki	parafki	parafki

Jeżeli podczas jednego dyżuru wykonujecie czynność np. 3 razy – to 3 parafki

Wynik opieki: czyli odpowiedź na założony cel opieki

↑ WPISYWAĆ DATĘ FORMUOWANIA WYNIKU OPIEKI

**UWAGA: jeżeli założycie cel długoterminowy - to w ocenie wpisujecie, iż wynik możliwy do oceny po np. miesiącu czasu.**

**NA KOŃCU:**

**PODAĆ W PUNKTACH LITERATURĘ WYKORZYSTANĄ DO PROCESU PIELĘGNOWANIA !!!**

*Oprac. M. Szybka*