

# KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

STUDENTKA / STUDENT

DATA WYPEŁNIENIA DOKUMENTACJI

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

Leki i suplementy diety przyjmowane przez pacjenta  
(nazwa, dawkowanie)

BADANIA DIAGNOSTYCZNE:

prawidłowy

rodzaj

TAK NIE

.....

.....

.....

.....

## 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 studentki
			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		OPIS OBJAWÓW*)																											
<b>UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY</b>	Tętno	Częstość: ..... Miarowe: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Napięcie: prawidłowe <input type="checkbox"/> nitkowane <input type="checkbox"/> drutowate <input type="checkbox"/> chybkie <input type="checkbox"/>																											
	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																												
		<table border="1"> <tr><td>O</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>R</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Skala</td><td>...</td><td>...</td></tr> <tr><td>Wynik</td><td>...</td><td>...</td></tr> </table>	O			L			D			C			A			R			T			Skala	...	...	Wynik	...	...
O																													
L																													
D																													
C																													
A																													
R																													
T																													
Skala	...	...																											
Wynik	...	...																											
<b>UKŁAD ODDECHOWY</b>	Oddech	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Częstość ..... Miarowy: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Nieprawidłowy <input type="checkbox"/> słycony <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"/>																											
	Duszność	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> wysiłkowa <input type="checkbox"/> spoczynkowa <input type="checkbox"/>																											
	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"/> Plwocina: 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"/> pokąsływanie <input type="checkbox"/> szczekający <input type="checkbox"/>																											
	INNE																												
			<table border="1"> <tr><td>O</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>R</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Skala</td><td>...</td><td>...</td></tr> <tr><td>Wynik</td><td>...</td><td>...</td></tr> </table>	O			L			D			C			A			R			T			Skala	...	...	Wynik	...
O																													
L																													
D																													
C																													
A																													
R																													
T																													
Skala	...	...																											
Wynik	...	...																											
<b>UKŁAD POKARMOWY</b>	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: ..... Barwa: prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa .....																											
	Pragnienie	Objętość przyjętych doustnie płynów płynu / dobę: .....																											
	Łaknienie	Prawidłowe <input type="checkbox"/> Zaburzone <input type="checkbox"/> : ..... Brak <input type="checkbox"/>																											
	Odżywianie	Rodzaj diety: ..... Ulubione potrawy ..... Nielubiane potrawy ..... Żywienie enteralne: łyżka <input type="checkbox"/> przez sondę <input type="checkbox"/> dożołądkowo <input type="checkbox"/> dojelitowo <input type="checkbox"/> Żywienie 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																												
		<table border="1"> <tr><td>O</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>R</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Skala</td><td>...</td><td>...</td></tr> <tr><td>Wynik</td><td>...</td><td>...</td></tr> </table>	O			L			D			C			A			R			T			Skala	...	...	Wynik	...	...
O																													
L																													
D																													
C																													
A																													
R																													
T																													
Skala	...	...																											
Wynik	...	...																											

UKŁAD MOCZOWO - PŁCICOWY	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 .....		O		
	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"/>		L		
	INNE			D		
UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY	Sprawność ruchowa/samoobsługa	Prawidłowa <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa wg skali Bartel ..... Deficyt: .....		C		
	Mobilność	Prawidłowa <input type="checkbox"/> Zaburzona <input type="checkbox"/> .....		A		
	Dysfunkcje narządu ruchu	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> opis ..... Porażenia <input type="checkbox"/> ..... Niedowłady <input type="checkbox"/> ..... Napięcie mięśniowe: obniżone <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> przykurcze <input type="checkbox"/> Sprzęt pomocniczy: .....		R		
	INNE			T		
				Skala Wynik	...	...
UKŁAD NERWOWY	Stan świadomości	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Zaburzony <input type="checkbox"/>		O		
	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"/>		L		
	Ból	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> charakter ..... ..... nasilenie ..... ..... inne ..... .....	Lokalizacja 	D		
	INNE			C		
				A		
				R		
				T		
				Skala Wynik	...	...
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: .....		O		
	Nastrój	Wyrównany <input type="checkbox"/> Podwyższony <input type="checkbox"/> Obniżony <input type="checkbox"/>		L		
	Zachowanie	Lęk <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Agresja fizyczna <input type="checkbox"/> Agresja słowna <input type="checkbox"/> Płacz <input type="checkbox"/> Inne .....		D		
	Sen	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Zaburzony (opis) ..... Liczba godzin snu w nocy: ..... Godzina zasypiania: ..... Sen w czasie dnia: .....		C		
	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"/>		A		
	INNE			R		
				T		
				Skala Wynik	...	...
NARZĄDY ZMYŚLÓW	Wzrok	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Niedowidzenie <input type="checkbox"/> Okulary <input type="checkbox"/> Soczewki <input type="checkbox"/> Ślepotą <input type="checkbox"/> Inne .....		O		
	Słuch	Prawidłowy <input type="checkbox"/> Niedosłuch <input type="checkbox"/> Głuchota <input type="checkbox"/> Aparat słuchowy <input type="checkbox"/> Inne .....		L		
	INNE			D		
				C		
				A		
				R		
				T		
				Skala Wynik	...	...

<b>SKÓRA</b>	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"/> .....	<table border="1"> <tr><td>O</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>R</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Skala Wynik</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td></td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </table>	O			L			D			C			A			R			T			Skala Wynik	.....	.....		.....	.....
	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:	zadowolający <input type="checkbox"/> niezadowolający <input type="checkbox"/>																													
Rana	Odleżyny: NIE <input type="checkbox"/> ocena ryzyka wg skali ..... liczba pkt ..... TAK <input type="checkbox"/> lokalizacja ..... stopień ..... Rana pooperacyjna: czysta <input type="checkbox"/> czysta skażona <input type="checkbox"/> skażona <input type="checkbox"/> brudna/zakażona <input type="checkbox"/> powierzchnowa <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																														
<b>SYTUACJA RODZINNO - SPOŁĘCZNA</b>	Rodzina	Pełna <input type="checkbox"/> Niepełna <input type="checkbox"/> Wielopokoleniowa <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>O</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>R</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Skala Wynik</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td></td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </table>	O			L			D			C			A			R			T			Skala Wynik	.....	.....		.....	.....
	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"/> zadowolająca <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>BIEŻĄCA OCENA STANU PACJENTA</b>																														
Data / godzina	Opis stanu (podstawowe parametry, zmiana stanu zdrowia, reakcja na zabiegi, leki)																													

--	--

\*) Legenda: O – początek, L – lokalizacja, D – czas trwania, C – charakter, A – czynniki pogarszające, R – czynniki łagodzące, T – leczenie

## KARTA DIAGNOZ I INTERWENCJI PIELĘGNIARSKICH

Inicjały pacjenta: .....

Nazwisko i imię studenta: .....

Diagnoza: .....

Przyczyny: .....

Objawy: .....

Cel opieki: .....

Data	Działania pielęgniarskie	Realizacja			
		1	2	3	4

Wynik opieki:

.....

Diagnoza: .....

Przyczyny: .....

Objawy: .....

Cel opieki: .....

Data	Działania pielęgniarskie	Realizacja			
		1	2	3	4

Wynik opieki:

.....

## KARTA DIAGNOZ I INTERWENCJI PIELĘGNIARSKICH

Inicjały pacjenta: .....

Nazwisko i imię studenta: .....

Diagnoza: .....

Przyczyny: .....

Objawy: .....

Cel opieki: .....

Data	Działania pielęgniarskie	Realizacja			
		1	2	3	4

Wynik opieki:

.....

.....

Diagnoza: .....

Przyczyny: .....

Objawy: .....

Cel opieki: .....

Data	Działania pielęgniarskie	Realizacja			
		1	2	3	4

Wynik opieki:

.....

.....