

HISTORIA PIELEGNOWANIA			
ODDZIAŁ	DATA PRZYJĘCIA PACJENTA		Nr HCH
NAZWISKO	IMIONA	PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA			WIEK
ROZPOZNANIE LEKARSKIE/WSTĘPNE/			
SPRZĘT POMOCNICZY			
SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA			
OCENA STANU PSYCHICZNEGO PACJENTA			
	Samodzielny	Ograniczony	Zależny
Kontakt słowny	Rzeczowy <input type="checkbox"/>	Ograniczony <input type="checkbox"/>	Bez kontaktu <input type="checkbox"/>
Mowa	Wyraźna <input type="checkbox"/>	Niewyraźna <input type="checkbox"/>	Afazja <input type="checkbox"/>
Zachowanie	Spokojny <input type="checkbox"/>	Lękliwy <input type="checkbox"/>	Pobudzony, Agresja <input type="checkbox"/>
Nastrój	Pogodny <input type="checkbox"/>	Obniżony <input type="checkbox"/>	Depresja <input type="checkbox"/>
Pamięć i orientacja w sprawach zdrowia	Bez zaburzeń, nadąża za podaną informacją <input type="checkbox"/>	Trudności, słaba orientacja <input type="checkbox"/>	Luki pamięciowe, nie ma orientacji w sprawach zdrowia <input type="checkbox"/>
PACJENTKA ZOSTAŁA ZAPOZNANA Z:			
<div><input type="checkbox"/> Kartą Praw Pacjenta</div> <div><input type="checkbox"/> Regulaminem oddziału</div> <div><input type="checkbox"/> Topografią oddziału</div>			
Data i podpis pacjenta			



KARTA OBSERWACJI WKŁUĆ OBWODOWYCH

Imię nazwisko pacjenta

Pesel

Data	Założenie cewnika /godz.	Miejsce wkłucia	Zmiana opatrunku /godz.	Obserwacja							Usunięcie cewnika /godz.	
	Podpis			Miejsce wkłucia bez zmian /godz.	Ból /godz.	Zaczerwienienie /godz.	Obrzęk /godz.	Niedrożność /godz.	Nieszczelność /godz.	Usunięcie cewnika przez pacjenta /godz.		Koniec leczenia

Identyfikacja podpisu (pieczętka):

Data	Sprawozdanie o stanie chorego - bieżąca ocena działań pielęgniarских / położniczych	Podpis i pieczętka pielęgniarki / położnej

Data	Sprawozdanie o stanie chorego - bieżąca ocena działań pielęgniarских / położniczych	Podpis i pieczętka pielęgniarki / położnej