

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

HISTORIA PIELEGNOWANIA			
ODDZIAŁ		DATA PRZYJĘCIA PACJENTA	Nr HCH
NAZWISKO		IMIONA	PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA			WIEK
			PŁEĆ
			KM
ROZPOZNANIE LEKARSKIE/WSTĘPNE/			
CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE/DOLEGLIWOŚCI			
ALERGIE			
<input type="checkbox"/> leki <input type="checkbox"/> kosmetyki <input type="checkbox"/> pokarmy <input type="checkbox"/> środki chemiczne <input type="checkbox"/> brak			
<input type="checkbox"/> inne			
SPRZĘT POMOCNICZY			
<input type="checkbox"/> okulary <input type="checkbox"/> aparat słuchowy <input type="checkbox"/> brak			
<input type="checkbox"/> protezy			
<input type="checkbox"/> inne			
NAŁOGI (informacji chory udziela dobrowolnie)			
<input type="checkbox"/> nikotyna <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> narkotyki <input type="checkbox"/> leki <input type="checkbox"/> brak			
<input type="checkbox"/> inne			
OCENA STANU PSYCHICZNEGO PACJENTA			
	Samodzielny	Ograniczony	Zależny
Kontakt słowny	Rzeczowy	Ograniczony	Bez kontaktu
Mowa	Wyraźna	Niewyraźna	Afazja
Zachowanie	Spokojny	Lękliwy	Pobudzony, Agresja
Nastroj	Pogodny	Obniżony	Depresja
Pamięć i orientacja	Bez zaburzeń, nadąża za podaną informacją	Trudności, słaba orientacja	Luki pamięciowe, nie ma orientacji
PACJENT ZOSTAŁ POINFORMOWANY			
<input type="checkbox"/> Karta Praw Pacjenta <input type="checkbox"/> Regulamin Oddziału <input type="checkbox"/> Topografią Oddziału			
Data i podpis pacjenta			
DATA I PODPIS PIELEGNIARKI PRZYJMUJĄCEJ			
Data, podpis, 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