

HISTORIA PIEŁĘGNOWANIA

ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Nr. his. Choroby

1. Nazwisko i imię:
2. Data urodzenia PESEL
3. Data przyjęcia do szpitala Godz.: min
4. Tryb przyjęcia:
5. Opiekunowie, stopień pokrewieństwa
6. Adres:
7. Pobyt w szpitalu: pierwszy kolejny
8. Skłonność do uczuleń:
Środki chemiczne
Leki
Kosmetyki
Pokarmy
Inne
9. Dolegliwości, trudności związane ze stanem zdrowia dziecka w chwili przyjęcia
.....
.....
.....
10. Stan psychiczny dziecka, nastawienie do pobytu w szpitalu
.....
.....
11. Przebyte choroby oraz trwałe następstwa chorób istotne w opiece nad dzieckiem
.....
.....
12. Protezy, endoprotezy
13. Przyzwyczajenia i nawyki dziecka zgłaszane przez rodziców
.....
.....

14. Wykonane czynności pielęgniarskie w izbie przyjęć:

.....
.....
.....

Podpis pielęgniarki przyjmującej pacjenta do szpitala

.....
Podpis rodzica/opiekuna dziecka oraz pacjenta powyżej 16-go roku życia

Data	Bieżąca ocena działań pielęgniarских	Podpis i pieczęć

Data	Bieżąca ocena działań pielęgniarских	Podpis i pieczęć

Data	Bieżąca ocena działań pielęgniarских	Podpis i pieczęć