

PROCES PIELEGNOWANIA

.....
nazwa komórki organizacyjnej

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ

PESEL

NAZWISKO

IMIONA

WIEK

PŁEĆ*:

K / M

ADRES ZAMIESZKANIA:

RODZAJ WYKONYWANEJ PRACY:

SYTUACJA RODZINNA I MIESZKANIOWA (informacje pacjent udziela dobrowolnie):

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

INNE INFORMACJE O PACJENCIE:

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

OCENA SPRAWNOŚCI PACJENTA:	PRZYJĘCIE:			WYPIS:			STAN PSYCHICZNY PACJENTA:*
	S*	O*	Z*	S*	O*	Z*	
PORUSZANIE SIĘ							KONTAKT komunikatywny/niekomunikatywny
MYCIE, GOLENIE							NASTRÓJ obniżony/obojętny/euforyczny/pogodny
CZESANIE							ZROZUMIENIE pełne/częściowe/brak
JEDZENIE							ZAPAMIĘTYWANIE pełne/częściowe/brak
PICIE							MYŚLENIE logiczne/nielogiczne
WYDALANIE							PACJENT ZORIENTOWANY / ZDEZORIENTOWANY w stanie zdrowia/w otoczeniu/własnych możliwościach
STAN HIGIENICZNY							
S-samodzielny O-ograniczony Z-zależny							*właściwy zaznacz powyżej
SKÓRA							
BÓL							

Pacjenta poinformowano o Jego prawach w zakresie opieki pielęgniarzkiej

Podpis Pacjenta:

.....

Data przyjęcia:

Podpis i pieczętka pielęgniarki:

Nazwisko i imię: Nr strony:

Data	Sprawozdanie o stanie pacjenta	Podpis

KARTA INDYWIDUALNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ M-17B (02)

Nazwisko i imię: Nr strony:

Data	Problem	Cel	Realizacja	Podpis

Nazwisko i imię: Nr strony:

Data	Efekty pielęgnowania	Podpis

Data	Zalecenia pielęgniarские	Podpis