



HISTORIA PIELEGNOWANIA ODDZ.sala

Nazwisko i imię.....Wiek.....

Data przyjęciaPrzyjęcie : ☐ - planowane ☐ - nagłe

Ciśnienie krwi (w dniu przyjęcia).....Temperatura. : ☐ - tak ☐ - nie

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA (KI) PRZY PRZYJĘCIU

Alergia na leki i inne.....

Dieta dotychczas stosowana: ☐ - normalna ☐ - cukrzycowa ☐ - wątrobowa ☐ - lekkostrawna Odleżyna: ☐ - tak ☐ - nie ☐ - ryzyko wystąpienia

Duszność: ☐ - brak ☐ - spoczynkowa ☐ - wysiłkowa ☐ - stała Krwiotłucie: ☐ - tak ☐ - nie

Choroby współistniejące :

Ocena sprawności pacjenta	Przy przyjęciu			Przy wypisie			Sprzęt pomocniczy: <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie okulary, kule, protezy inne.....	Widocznie zmiany : <input type="checkbox"/> - otarcia <input type="checkbox"/> -odparzenia <input type="checkbox"/> - krwiaki <input type="checkbox"/> -wysypka <input type="checkbox"/> - obrzęki <input type="checkbox"/> - rany pooperacyjne <input type="checkbox"/> – inne
	S	O	Z	S	O	Z		
Poruszanie się								
Kontakt słowny								
Zaspokajanie potrzeb fizjologicznych								
Utrzymanie higieny								
Odżywianie								
Inne.....								
Inne								
S-samodzielny; O-ograniczony, Z-zależny								

Uwagi:.....

Pacjent zapoznał się z „Regulaminem pacjenta” : ☐ - Tak ☐ - Nie Pacjent zapoznał się z „Prawami pacjenta” ☐ - Tak ☐ - Nie

podpis pacjenta.....

Wywiad zebrała pielęgniarka:Data:.....

WYPIS CHOREGO

Pacjent (- ka) wypisana (-y) dnia.....W stanie ogólnym

Chorego odbiera : ☐ - rodzina ☐ - udaje się samodzielnie

Nastąpił zgon : dnia.....godzina.....

Uwagi:.....

.....

.....

Podpis pielęgniarki

.....

Podpis pielęgniarki oddziałowej