

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

załącznik nr 7 do materiałów informacyjnych OPD

Data wywiadu:.....**Pielęgniarka prowadząca:**.....

Nazwisko:	Imię:	Data urodzenia:	Nr księgi głównej:
Diagnoza lekarska:			

STAN BIOLOGICZNY	Środki pomocnicze: wózek <input type="checkbox"/> balkonik <input type="checkbox"/> chodzik <input type="checkbox"/> kule <input type="checkbox"/> laska <input type="checkbox"/> protezy kończyn: górna <input type="checkbox"/> dolna <input type="checkbox"/> gorset <input type="checkbox"/>
UKŁAD ODDECHOWY	ZMYSŁY
Oddech: prawidłowy <input type="checkbox"/> przyśpieszony <input type="checkbox"/> zwolniony <input type="checkbox"/> spłycony <input type="checkbox"/> pogłębiony <input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> tracheostomia <input type="checkbox"/> tlenoterapia <input type="checkbox"/>	Wzrok: prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> kompensacja <input type="checkbox"/> okulary <input type="checkbox"/> szkła kontaktowe <input type="checkbox"/>
Plwocina: krwista <input type="checkbox"/> śluzowa <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> pianista <input type="checkbox"/> obfita <input type="checkbox"/> skąpa <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>	Słuch: prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszenie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> kompensacja <input type="checkbox"/> aparat słuchowy <input type="checkbox"/>
Kaszel: suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>	SKÓRA I BŁONY ŚLUZOWE
Odruch kaszlowy: prawidłowy <input type="checkbox"/> utrudniony <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>	Skóra: różowa <input type="checkbox"/> szara <input type="checkbox"/> marmurkowa <input type="checkbox"/> zażółcona <input type="checkbox"/> blada <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/> ciepła <input type="checkbox"/> zimna <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> świąd <input type="checkbox"/>
Duszność: spoczynkowa <input type="checkbox"/> wysiłkowa <input type="checkbox"/> napadowa <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>	Zmiany: odleżyny <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> rany pooperacyjne <input type="checkbox"/> wyprysk <input type="checkbox"/> wybroczyny <input type="checkbox"/> skaleczenia <input type="checkbox"/>
	Ryzyko wystąpienia odleżyn: brak <input type="checkbox"/> zwiększone <input type="checkbox"/> wysokie <input type="checkbox"/>
UKŁAD KRAŻENIA	Jama ustna: pleśniawki <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> obłożony język <input type="checkbox"/>
Tętno: prawidłowe <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia <input type="checkbox"/> zab. rytmu <input type="checkbox"/> słabo wyczuwalne <input type="checkbox"/> dobrze wyczuwalne <input type="checkbox"/> nitkowate <input type="checkbox"/>	UKŁAD NERWOWY
Ciśnienie: prawidłowe <input type="checkbox"/> hipertensja <input type="checkbox"/> hipotensja <input type="checkbox"/> wartość	Świadomość: pełna <input type="checkbox"/> senność <input type="checkbox"/> stan przedśpiączkowy <input type="checkbox"/> śpiączka <input type="checkbox"/> stan wegetatywny <input type="checkbox"/>
Obrzęki: uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> okresowe <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>	Sen: prawidłowy <input type="checkbox"/> zaburzony <input type="checkbox"/> trudności w zasypianiu <input type="checkbox"/> leki nasenne <input type="checkbox"/>
Omdlenia: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Ból: brak <input type="checkbox"/> występuje <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> okresowy <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/>
Inne: rozrusznik serca <input type="checkbox"/>	Mowa: prawidłowa <input type="checkbox"/> trudności wymowy <input type="checkbox"/>

UKŁAD POKARMOWY	Równowaga ciała: zachowana <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/> odruchy mimowolne <input type="checkbox"/>
Stan odżywienia: prawidłowy <input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> wyniszczenie <input type="checkbox"/> otyłość <input type="checkbox"/>	STAN PSYCHICZNY
Łaknienie: prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> zmniejszone <input type="checkbox"/>	Orientacja co do: czasu <input type="checkbox"/> miejsca <input type="checkbox"/> sytuacji <input type="checkbox"/> własnej osoby <input type="checkbox"/>
Pragnienie: prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> zmniejszone <input type="checkbox"/>	Kontakt: logiczny <input type="checkbox"/> nielogiczny <input type="checkbox"/> werbalny <input type="checkbox"/> niewerbalny <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>
Odruch polykania: prawidłowy <input type="checkbox"/> utrudniony <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>	Nastroj: wyrównany <input type="checkbox"/> zaburzony <input type="checkbox"/> depresja <input type="checkbox"/> euforia <input type="checkbox"/>
Odżywianie: doustne <input type="checkbox"/> zgłębnik <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> pozajelitowe <input type="checkbox"/>	Subiektywne samopoczucie: dobre <input type="checkbox"/> dość dobre <input type="checkbox"/> złe <input type="checkbox"/> bardzo złe <input type="checkbox"/> niemożliwe do oceny <input type="checkbox"/>
Wydalenie: prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> stomia <input type="checkbox"/> nietrzymanie stolca <input type="checkbox"/>	Obawy/lęki: niemożliwe do oceny <input type="checkbox"/> związane z chorobą <input type="checkbox"/> związane z powikłaniami <input type="checkbox"/> związane z pobytem w zakładzie <input type="checkbox"/> związane z bólem <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>
Dolegliwości: zgaga <input type="checkbox"/> odbijanie <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/>	Reakcja emocjonalna na chorobę: niemożliwa do oceny <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> lęk <input type="checkbox"/> gniew <input type="checkbox"/> przygnębienie <input type="checkbox"/> pobudzenie <input type="checkbox"/>
Stan uzębienia: pełne <input type="checkbox"/> ubytki <input type="checkbox"/> protezy zębowe: górna <input type="checkbox"/> dolna <input type="checkbox"/>	Zachowanie w walce z chorobą: niemożliwe do oceny <input type="checkbox"/> walka <input type="checkbox"/> rezygnacja <input type="checkbox"/> unikanie <input type="checkbox"/> przeciwstawianie się
Dieta: ogólna <input type="checkbox"/> lekkostrawna <input type="checkbox"/> cukrzycowa <input type="checkbox"/> wysokobiałkowa <input type="checkbox"/> wysokokaloryczna <input type="checkbox"/> płynna <input type="checkbox"/> papkowata <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/>	Stosunek do pobytu w zakładzie: pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> obojętny <input type="checkbox"/> niemożliwy do oceny
UKŁAD MOCZOWO - PŁCIOWY	
Ilość moczu: norma <input type="checkbox"/> wielomocz <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> bezmocz <input type="checkbox"/>	
Barwa: prawidłowa <input type="checkbox"/> ciemny <input type="checkbox"/> słomkowy <input type="checkbox"/> krwisty <input type="checkbox"/>	
Dolegliwości: utrudniony odpływ <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/> nietrzymanie moczu <input type="checkbox"/>	
Cykl miesięczkowy: regularny <input type="checkbox"/> nieregularny <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>	
Krwawienie: bolesne <input type="checkbox"/> niebolesne <input type="checkbox"/> obfite <input type="checkbox"/> mierne <input type="checkbox"/> skąpe <input type="checkbox"/> norma <input type="checkbox"/>	
Środki pomocnicze: pieluchomajtki <input type="checkbox"/> pieluchy anatomiczne <input type="checkbox"/> wkładki <input type="checkbox"/> cewnik wewn. <input type="checkbox"/> cewnik zewn. <input type="checkbox"/> zaciski prąciowe <input type="checkbox"/>	
UKŁAD KOSTNO – STAWOWO MIĘŚNIOWY	
Poruszanie się: samodzielne <input type="checkbox"/> ograniczone <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ruchomość stawów: pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> przykurcze <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Postawa ciała: prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa <input type="checkbox"/>	
Sprawność fizyczna: dobra <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> bardzo ograniczona <input type="checkbox"/>	
Patologia: złamanie <input type="checkbox"/> skręcenie <input type="checkbox"/> zwichnięcie <input type="checkbox"/> niedowład <input type="checkbox"/> porażenie <input type="checkbox"/> kończyn górnych i dolnych <input type="checkbox"/> kończyn dolnych <input type="checkbox"/> połowiczny <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Siła mięśniowa: prawidłowa <input type="checkbox"/> hipertonia <input type="checkbox"/> hipotonia <input type="checkbox"/>	

Problemy pielęgnacyjne

.....
Miejsce i data sporządzenia

.....
podpis pielęgniarki , pieczęć zakładu