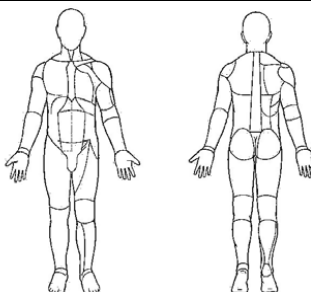


| <i>USTANOVA</i> | | SESTRINSKA DOKUMENTACIJA | |
|---|---|---|---|
| Matični broj | Datum i sat prijama | Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Premještaj <input type="checkbox"/> | Odjel |
| Ime i prezime | Datum rođenja | Adresa i br. telefona | Zanimanje |
| | Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> | | Radni status |
| Med. dijagnoza | | Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona) | |
| | | Osiguranje | |
| Izabrani liječnik | Patronažna sestra - D. Z. | Planirani otpust.....Stvarni..... kući <input type="checkbox"/> druga ustanova <input type="checkbox"/> sanitet <input type="checkbox"/> vlastiti prijevoz <input type="checkbox"/> | |
| Broj hospitalizacije | | Obitelj udomitelja-skrbnika | |
| Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | LIJEKOVI..... OSTALO..... | | |
| Procjena samostalnosti | 1 – samostalan/potrebno pomagalo <input type="checkbox"/> | 2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/> 3 - ovisan u visokom stupnju | 4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/> |
| | Samozbrinjavanje | higijena - 1, 2, 3, 4 hranjenje - 1, 2, 3, 4 | eliminacija - 1, 2, 3, 4 oblačenje - 1, 2, 3, 4 |
| Fizičke aktivnosti | hodanje - 1, 2, 3, 4 premještanje - 1, 2, 3, 4 | sjedenje - 1, 2, 3, 4 stajanje - 1, 2, 3, 4 | okretanje - 1, 2, 3, 4 ostalo |
| Oprema i pomagala | štake <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalica <input type="checkbox"/> kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapez <input type="checkbox"/> | ostala pomagala i osobitosti | |
| Podnošenje napora | DA <input type="checkbox"/> osobitosti NE <input type="checkbox"/> | | |
| Prehrana | Dijeta | oralna prehrana <input type="checkbox"/> parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> stoma <input type="checkbox"/> ostalo..... | |
| Apetit | normalan <input type="checkbox"/> povećan <input type="checkbox"/> smanjen <input type="checkbox"/> mučnina <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> uzrok..... | Žvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> uzrok..... | |
| Gutanje | bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> ostalo.....uzrok..... | Zubna proteza DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti..... | |
| Sluznica | normalna <input type="checkbox"/> suha <input type="checkbox"/> naslage <input type="checkbox"/> oštećena <input type="checkbox"/> | Osobitosti i opis | |
| Eliminacija Eliminacija stolice | Zadnja defekacija | inkontinencija <input type="checkbox"/> proljev <input type="checkbox"/> opstipacija <input type="checkbox"/> ileostoma <input type="checkbox"/> kolostoma <input type="checkbox"/> rektalno pražnjenje <input type="checkbox"/> ostalo..... | |
| Eliminacija urina | normalna <input type="checkbox"/> inkontinencija <input type="checkbox"/> vrsta inkontinencije..... urin. kateter <input type="checkbox"/> zadnja promjena.....urostoma <input type="checkbox"/> | osobitosti | |
| Znojenje | normalno <input type="checkbox"/> smanjeno <input type="checkbox"/> povećano <input type="checkbox"/> | Drenaža | |
| Iskašljavanje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> sluz <input type="checkbox"/> gnoj <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/> | osobitosti | Kašalj DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti..... |
| Perceptivne sposobnosti | Vid dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> slijep <input type="checkbox"/> | Naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> Očna proteza <input type="checkbox"/> | osobitosti |
| Sluh | dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> gluh <input type="checkbox"/> ostalo..... | Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo | osobitosti |
| Bol | DA <input type="checkbox"/> opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta...)..... NE <input type="checkbox"/> | | |
| Govor | bez teškoća <input type="checkbox"/> afazija <input type="checkbox"/> ostalo | | |
| Spavanje | Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti spavanja..... Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Svijest | očuvana <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/> ostalo..... | Procjena na Glasgow koma skali..... | |
| | iluzije <input type="checkbox"/> halucinacije <input type="checkbox"/> konfuzija <input type="checkbox"/> ostali poremećaji svijesti..... | | |
| Seksualnost | Prva menstruacija..... Zadnja menstruacija..... | Osobitosti vezane uz spolnost | |
| Aktivnosti koje utječu na zdravlje | Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> kom/dan...../god..... | Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> količina/dan...../god..... | |
| | | droge..... ostalo..... | |
| Prihvatanje zdravstvenog stanja | neprihvatanje <input type="checkbox"/> prilagođivanje <input type="checkbox"/> prihvatanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja..... | | |
| Vjerska uvjerenja | ograničenja..... potrebe..... | Samopercepcija sigurnost, strah... | |
| Doživljavanje hospitalizacije | | | |
| FIZIKALNI PREGLED pregledavanje | visina..... težina.....ITM..... | <u>Promjena tjelesne težine</u> | |
| <u>Puls/min</u> | <u>Temperatura i način mjerenja</u> | <u>Krvni tlak:</u> D.R..... L.R..... | |
| <u>Disanje i osobitosti</u> | | | |
| <u>Koža - izgled i promjene</u> | | <u>Glava i vrat</u> | |
| <u>Braden skala - bodovi</u> |  | <u>Legenda:</u> D=Dekubitus E=Edemi H=Hematom R=Oštećenja tkiva | |
| <u>Toraks</u> | | <u>Kateteri</u> | |
| <u>Abdomen</u> | | | |
| <u>Gornji ekstremiteti</u> | | | |
| <u>Donji ekstremiteti</u> | | | |
| Terapija koju uzima: | | CVK-mjesto:..... Dat. uvođenja:..... Tko je uveo: | |
| Znanje o: <u>bolesti</u> | stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/> | Rizik za: pad <input type="checkbox"/> povrede <input type="checkbox"/> infekciju <input type="checkbox"/> ostalo..... | <u>I.V. kaniila:</u> mjesto..... izgled..... |
| <u>terapiji</u> | stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/> | Elektrostimulator: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | <u>Nazogastrična sonda:</u> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| <u>načinu života</u> | stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/> | | <u>Tabus</u> |
| Sestrinske dijagnoze | | | |
| | | | |
| | | | |
| Osobitosti o pacijentu: | | | |
| | | | Potpis med. sestre, broj registra |

Legenda: 1-samostalan/potrebno pomagalo, 2-ovisan u višem stupnju=treba pomoć druge osobe, 3-ovisan u visokom stupnju=treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4-potpuno ovisan

SAŽETAK PRAĆENJA STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE

| DATUM | HIGIJENA | HРАНJENJE | ELIMINACIJA | OBLAČENJE | HODANJE | PREMJESTANJE | SJEDANJE | STAJANJE | OKRETANJE | PREHRANA -DIJETA | PODNOŠENJE NAPORA | BOL | GLASGOW KOMA/TRAUMA SKOR SKALA | BRADEN SKALA | RIZIK ZA PAD | KATEGORIZACIJA |
|--------|----------|-----------|-------------|-----------|---------|--------------|----------|----------|-----------|---------------------|----------------------|-----|--------------------------------------|--------------|--------------|----------------|
| I. dan | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | UPISATI STUPNJEVE I BODOVE | | | |

SAŽETAK TRAJNOG PRAĆENJA POSTUPAKA

| DATUM | I.V. KANILA | URINARNI KATETER | CENTRALNI VENSKI KATETER | DRENAŽA | STOMA | OSTALO |
|-------|-------------|---------------------|--------------------------------|---------|-------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Upisati: datum postavljanja, mjesto postavljanja, izgled mjesta insercije (promjene), uzimanje mikrobioloških uzoraka; uz svaku bilješku obvezan je potpis med. sestre.

Prilog 3a

| | | |
|----------------|---------------|--------|
| IME I PREZIME: | MATIČNI BROJ: | ODJEL: |
|----------------|---------------|--------|

Prilog
3a

SAŽETAK PRAĆENJA STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE

| DATUM | HIGIJENA | HRANJENJE | ELIMINACIJA | OBLAČENJE | HODANJE | PREMJESTANJE | SJEDANJE | STAJANJE | OKRETANJE | PREHRANA -DIJETA | PODNOŠENJE NAPORA | BOL | GLASGOW KOMA/TRAUMA SKOR SKALA | BRADEN SKALA | RIZIK ZA PAD | KATEGORIZACIJA |
|-------|----------|-----------|-------------|-----------|---------|--------------|----------|----------|-----------|---------------------|----------------------|-----|--------------------------------------|--------------|--------------|----------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

UPISATI STUPNJEVE I BODOVE

SAŽETAK TRAJNOG PRAĆENJA POSTUPAKA

| DATUM | I.V. KANILA | URINARNI KATETER | CENTRALNI VENSKI KATETER | DRENAŽA | STOMA | OSTALO |
|-------|-------------|---------------------|--------------------------------|---------|-------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Upisati: datum postavljanja, mjesto postavljanja, izgled mjesta insercije (promjene), uzimanje mikrobioloških uzoraka; uz svaku bilješku obvezan je potpis med. sestre.

Prilog 7

EVIDENCIJA ORDINIRANE I PRIMIJEJENE TERAPIJE

USTANOVA

IME I PREZIMEMATIČNI BROJ.....ODJEL

| Datum | Lijek - doza - način davanja - učestalost davanja | Ordinirao | Sat | Potpis M.S. | Sat | Potpis M.S. | Sat | Potpis M.S. | Sat | Potpis M.S. | Sat | Potpis M.S. | Sat | Potpis M.S. |
|-------|---|-----------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Prilog 8

UNOS I IZLUČIVANJE TEKUĆINA

Ime i prezime: Matični broj: Odjel:

| Datum | Sat | UNOS (u ml) | | | | IZLUČIVANJE (u ml) | | | | | | | | |
|-------|-----|-------------|--------------|-------------|--------|--------------------|---------|---------|-----------|-------------|--------|--|--|--|
| | | Peroralno | Intravenozno | Potpis M.S. | UKUPNO | Urin | Stolica | Drenaža | Ostalo *) | Potpis M.S. | UKUPNO | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

*) znojenje, povraćanje, vlaženje...

PROCJENA BOLA

| | | |
|----------------|--------|---------------|
| Ime i prezime: | Odjel: | Matični broj: |
|----------------|--------|---------------|

LEGENDA

| | | | | | | | | | | |
|----------|-----------------|---|---|----------|---|---|---------------|---|---|-------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| bez bola | podnošljiva bol | | | jaka bol | | | vrlo jaka bol | | | nepodnošljiva bol |

Početak bola:.....

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|
| Datum: | Sat: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lokacija: |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Opis bola: | | Vrijeme javljanja: | | Reakcija na bol: | | Trajanje bola: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> oštra bol | <input type="checkbox"/> na pritisak | <input type="checkbox"/> neočekivano | <input type="checkbox"/> mirovanje | <input type="checkbox"/> akutno | <input type="checkbox"/> žareća bol | <input type="checkbox"/> na lupkanje | <input type="checkbox"/> u mirovanju | <input type="checkbox"/> plakanje | <input type="checkbox"/> kronično | <input type="checkbox"/> pulsirajuća bol | <input type="checkbox"/> na dodir | <input type="checkbox"/> u kretanju | <input type="checkbox"/> bljedilo kože | <input type="checkbox"/> znojenje | <input type="checkbox"/> mučnina/povraćanje | <input type="checkbox"/> širenje zjenica | <input type="checkbox"/> kontinuirano | <input type="checkbox"/> često | <input type="checkbox"/> povremeno | |
| <input type="checkbox"/> grčevita bol - kolike | <input type="checkbox"/> spontano | <input type="checkbox"/> kratko poslije jela | <input type="checkbox"/> danju | <input type="checkbox"/> noću | <input type="checkbox"/> šetajuća bol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| UČESTALOST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Postupci sestre:

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Primjena analgetika: | Ostali postupci: | Evaluacija: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | Potpis med. sestre: |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|
| Datum: | Sat: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lokacija |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Primjena analgetika: | Ostali postupci: | Evaluacija: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | Potpis med. sestre: |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|
| Datum: | Sat: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lokacija |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Primjena analgetika: | Ostali postupci: | Evaluacija: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | Potpis med. sestre: |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|
| Datum: | Sat: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lokacija |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Primjena analgetika: | Ostali postupci: | Evaluacija: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | Potpis med. sestre: |


| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|
| Datum: | Sat: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lokacija |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Primjena analgetika: | Ostali postupci: | Evaluacija: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | Potpis med. sestre: |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|
| Datum: | Sat: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lokacija |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Primjena analgetika: | Ostali postupci: | Evaluacija: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | Potpis med. sestre: |

LISTA ZA PRAĆENJE DEKUBITUSA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|------|---|----|----|-----|----|---|---|--------|----|----|----|---|---|----|----|----|----|---|---|----|----|----|----|---|---|----|----|----|----|
| IME I PREZIME: | | DOB: | | | | MB: | | | | ODJEL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATUM: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Sat | 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 |
| | Leda | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 |
| | L bok | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D bok | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opis rane ¹⁾ I.°, II.°, III.°, IV.°, N, INF, K | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VELIČINA RANE (širina, dubina, dužina) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OKOLNO TKIVO (macerirano, upaljeno) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUBOVI RANE (crvenilo, džepovi, granulacija) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KOLIČINA SEKRECije (mala, srednja, jaka) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POSTUPAK S RANOM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTIDEKUBITALNA POMAGALA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UČESTALOST PRIJEVOJA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRADEN SKALA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EVALUACIJA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POTPIS MEDICINSKE SESTRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¹⁾ I.° - CRVENILO - ne povlači se; II.° - OŠTEĆENJE EPIDERMA; III.° - OŠTEĆENJE POTKOŽNOG TKIVA; IV.° - ZAHVAĆEN MIŠIĆ (kost, tetiva);
N - NEKROZA; INF - POSTOJI INFEKCIJA; B - INTAKTNI MJEHUR ISPUNJEN TEKUĆINOM (BULA); E - ESKARA

NADZORNA LISTA RIZIČNIH POSTUPAKA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

IME I PREZIME:..... MATIČNI BROJ:..... ODJEL:.....

| Datum | Vrijeme | Postupak | Moguće komplikacije | Potpis liječnika | Datum, vrijeme | Postupci med. sestre | Potpis med. sestre |
|-------|---------|----------|---------------------|------------------|----------------|----------------------|--------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Lista služi za upis mogućih komplikacija nakon medicinsko-tehničkih postupaka kod pacijenata kod kojih je prisutan veći rizik za pojavu komplikacija.

USTANOVA

IZVJEŠĆE O INCIDENTU (SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)

| | | |
|---|--|--|
| Ime i prezime | Matični broj | Odjel |
| Datum izvješća | Datum incidenta | Vrijeme incidenta |
| MJESTO INCIDENTA: | | |
| Opis incidenta (spriječenog ili nastalog): | <input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto: | |
| | Uzrok incidenta: | Vrsta incidenta: |
| | | <input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo: |
| Izvješće medicinske sestre | | |
| Izvješće bolesnika | | |
| Izvješće druge osobe | | |
| Odredbe liječnika po incidentu | Terapija: | |
| | Potpis liječnika | |
| Odredbe i postupci medicinske sestre | | |
| Potpis medicinske sestre | | |

OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično):

Obavijest dostaviti:

.....

Potpis med. sestre Radno mjesto Datum

USTANOVA

OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| Pacijent | Datum rođenja | Adresa Tel.: | Grad/gradsko područje |
| Zakonski određen skrbnik | Srodstvo | Adresa skrbnika Tel.: | |
| Datum prijama | Vrijeme otpusta (datum, sat) | Klinika/Odjel | |
| Medicinska dijagnoza kod otpusta | | | Izabrani obiteljski liječnik Šifra: |

SOCIJALNI STATUS

| | | | |
|---|--|---|---|
| Živi sam DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Živi sa: | Socijalno stanje Korisnik socijalne pomoći <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne | Tko mu može pružiti pomoć po otpustu iz bolnice <input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Djeca <input type="checkbox"/> Brat-sestra <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Nitko | U skrb su do prijama u bolnicu bili uključeni <input type="checkbox"/> Članovi obitelji <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega u kući..... <input type="checkbox"/> Neprofitna organizacija <input type="checkbox"/> Dostava hrane iz.... <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koju sam plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Nitko, nije trebalo |
| U kojem segmentu njega, značajne osobe ne mogu pomoći: <input type="checkbox"/> Kod specijalnih postupaka (stoma, nazogastrična sonda, peritonealna dijaliza...)..... <input type="checkbox"/> U opskrbi rane..... <input type="checkbox"/> Kod prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja <input type="checkbox"/> Kod osobne higijene inkontinentnog pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kupanja, tuširanja <input type="checkbox"/> Drugo: | | | |

PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI

| | |
|--|---|
| Koliko je pacijent informiran i educiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju Informiran: Educiran: <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Značajne osobe P <input type="checkbox"/> Značajne osobe P Pacijentu date pisane upute o: | Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja |
|--|---|

UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pacijent treba, po otpustu iz bolnice, zdravstvenu njegu u kući <input type="checkbox"/> Informacije patronažnoj MS <input type="checkbox"/> Informacije MS druge klinike/odjela ili stacionarne ustanove | Vremensko razdoblje - nužnost prvih postupaka ZNJ u kući <input type="checkbox"/> VRLO HITNO-na dan otpusta <input type="checkbox"/> Treći dan po otpustu <input type="checkbox"/> HITNO-prvi dan po otpustu <input type="checkbox"/> Tjedan dana po otpustu <input type="checkbox"/> Drugi dan po otpustu | | | | | |
| Fizičko stanje <input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše | Mentalno stanje <input type="checkbox"/> Pri svijesti <input type="checkbox"/> Apatičan, pasivan <input type="checkbox"/> Konfuzan <input type="checkbox"/> Stuporozan | Aktivnost <input type="checkbox"/> Pokretan <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> Vežan na kolica <input type="checkbox"/> Vežan na krevet | Pokretljivost <input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan | Inkontinencija <input type="checkbox"/> Nije <input type="checkbox"/> Povremeno <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Kompletno | Prehrana <input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne jede | Tekućina <input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije |
| Dekubitus DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | | Druge rane DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | | Specijalne potrebe | | |
| Lokalizacija: Stupanj: Veličina: Sekrecija: Procjena rizika po Braden skali: | | Tip rane: Lokalizacija: Veličina: Starost rane: Sekrecija: Kratak opis: | | <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonejska dijaliza <input type="checkbox"/> Kronična hemodijaliza <input type="checkbox"/> Trajna epiduralna analgezija <input type="checkbox"/> Urinarni kateter <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Drugo | | |

SESTRINSKE DIJAGNOZE PRI OTPUSTU IZ BOLNICE

Opis pacijentovih problema, uzroka, simptoma

Kategorija pacijenta

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I. | II. | III. | IV. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREPORUKE ZDRAVSTVENE NJEGE

Preporučeni plan postupaka u ZNJ/Koliko puta u tjednu

POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

- Prevoj, toaleta rane
- Inkontinencija
- Retencija urina
- Klizma
- Njega stome
- Njega kanile
- Hranjenje na sondu
- Toaleta CVK
- Hranjenje na sondu

Drugo:

Opis preporučenog materijala/opreme

POTREBNA TERAPIJA/LIJEKOVI KOD KUĆE

Popis propisanih lijekova, dnevna doza, način uzimanja

Mogućnost uzimanja/primjene lijekova

- Pacijent može sam redovito uzimati lijekove
- Potrebna kontrola kod uzimanja lijekova
- Pacijentu treba druga osoba davati lijekove
- Potrebna primjena parenteralne terapije

DRUGI ZDRAVSTVENI RADNICI KOJI SU, UZ LIJEČNIKA, UKLJUČENI U LIJEČENJE U BOLNICI

- Fizioterapeut
- Dijetetičar
- Psiholog
- Logoped
- Drugi:

Daljnji tretman

- DA
- NE

Kada.....

Kome.....

PACIJENTOVO DOŽIVLJAVANJE OTPUSTA (i njegovih značajnih osoba)

Datum:.....

Potpis VMS odjela.....

Telefon:.....