

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5, Duškova 7, PSČ 150 00



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE – NEUROLOGICKÉ ODDĚLENÍ

Místo odborné praxe:			
Jméno a příjmení studenta:		Ročník studia:	
Studijní obor:		Akademický rok:	
Podpis studenta:		Datum:	

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno, příjmení (iniciály)			Oddělení		
Pohlaví <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž			Souhlas s hospit. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Narozen		Věk:	Den pobytu		
Vztah k zařízení <input type="checkbox"/> hospitalizace <input type="checkbox"/> ambulantní			Příjem <input type="checkbox"/> první přijetí		
Způsobilost k právním úkonům <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částeč. <input type="checkbox"/> NE			<input type="checkbox"/> opakované přijetí		
Důvod přijetí: <input type="checkbox"/> diagnostické vyšetření <input type="checkbox"/> akutní onemocnění <input type="checkbox"/> chronické onemocnění			<input type="checkbox"/> přeložen z		

Sociální situace

Žije sám <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		Stav	
Zaměstnání dnes		Jak chce být oslovován	
Zaměstnání dříve		Kontakt se soc. prac. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

Příbuzná nebo osoby které můžeme informovat

Jméno		Adresa	
Vztah k nemocnému		Telefon	
Lékařská diagnóza		1) Důvod přijetí	
		2) Alergie <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
		3) Riziko <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
		4) HbsAg <input type="checkbox"/> poz <input type="checkbox"/> neg	
		5) HIV <input type="checkbox"/> poz <input type="checkbox"/> neg	

Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled		Výška	
Úprava, hygiena		Hmotnost stabilní <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Pulz rychlost pravidelnost		zvýšení o kg	
Krevní tlak při přijetí aktuální		snížení o kg	
Dýchání rychlost pravidelnost		Chybějící části těla	
Tělesná teplota při přijetí aktuální		Chůze	
Kůže barva léze		Riziko pádu <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita	
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí	
malá	3 do 30	3 alergie	3 podle závažnosti nemoci	3 horší	3 apatie	3 částečně omezená	3 občas	3 s doprovodem	
částečná	2 do 60	2 vlhká	2 3-1	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka	
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bevědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 leží	
Dne		(součet bodů)		Dne		(součet bodů)		Dne	

Zkrácený mentální bodovací test (dle Gainda)

Za každou správnou odpověď -1 bod, nesprávná odpověď - 0.	
Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost.	
1.	Věk
2.	Kolik je asi hodin
3.	Adresa
4.	Současný rok
5.	Kde je hospitalizován
6.	Poznání alespoň dvou osob (např. lékař a sestra)
7.	Datum narození
8.	Jméno současného prezidenta
9.	Odečíst zpětně (od 20 do 1), nebo vyjmenovat měsíce pozpátku
Celkem	

Zjištění rizika pádu - skóre vyšší než 3, riziko pádu


Celkem					
Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze	1	
	používá pomůcky	1	Medikace	neužívá rizikové léky	0
	potřebuje pomoc k pohybu	1		užívá léky ze skupiny: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotik	1
Vyp-razdňování	neschopnost přesunu	1			
	nevyžaduje pomoc	0			
Věk	v anamnéze nykturie/inkontinence	1			
	vyžaduje pomoc	1			
Mentální status	18-75	0			
	75 a více	1			
	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné	0
	občasná/noční inkontinence	1		vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
	historie desorientace/demence	1			

GLASGOWSKÁ STUPNICE HLOUBKY BEZVĚDOMÍ - GCS (Glasgow Coma Scale)

Činnost	Způsob provedení činnosti (odpověď)	Body
OTEVŘENÍ OČÍ	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	bez reakce	1
SLOVNÍ ODPOVĚĎ	orientovaný, komunikuje	5
	dezorientovaný a komunikuje (zmatený)	4
	používá nevhodná slova, nekomunikuje	3
	vydává nesrozumitelné zvuky	2
	žádná odpověď	1
REAKCE NA BOLEST	provede na příkaz pohyb (plní pohyby)	6
	lokalizuje bolest (pohyb k podnětu k bolesti)	5
	úniková reakce (pohyb od podnětu, flexe, odtažení)	4
	abnormální flexe (necílená flexe končetiny)	3
	necílená extenze končetiny	2
	nereaguje, žádná odpověď	1
Celkem		15

Hodnocení: 15-13 bodů (lehká porucha vědomí), 12-8 bodů (střední porucha vědomí), 7-3 body (závažná porucha vědomí)

MINI-MENTAL-STATE TEST (MMS), FOLSTEINŮV TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Kognitivní funkce	Úkon	Za každou správnou odpověď získá nemocný	Maximální počet bodů	Dosažený počet bodů
Orientace	Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum	1 bod	5 bodů	
	Kde jste nyní (země, oblast, město, ulice, číslo domu, eventuálně v nemocnici - podlaží, číslo pokoje atd.)	1 bod	5 bodů	
Paměť	Vyšetřující jmenuje 3 předměty během 3 vteřin, (např. strom, okno, kniha) a vyzve nemocného, aby je opakovat	1 bod	3 body	
Pozornost a počítání	Odečítejte 7 od čísla 100 Ukončit po 5 odpovědích	1 bod	5 bodů	
Krátkodobá paměť	Vybatve si a jmenujte 3 dřívě uvedené předměty	1 bod	3 body	
Jazyk	Vyšetřující ukáže 2 předměty (např. tužku, hodinky) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval	1 bod	2 body	
	Opakujte následující: „ale, avšak, a přece“	1 bod	1 bod	
	Proveďte po sobě tyto úkony: vezměte papír do pravé ruky, přeložte jej na polovinu a položte na stůl Přečtete a proveďte tento příkaz: (nemocný dostane postupně lístky s výzvami) 1) zavřete oči 2) napište větu obsahující podmět a přísudek 3) namalujte podle předlohy tento obrazec	3 body 1 bod 1 bod 1 bod	6 bodů	
				
Celkem	Hodnocení: 0-10 bodů (těžká kognitivní porucha), 11-20 bodů (kognitivní porucha středního stupně), 21-23 bodů (lehká porucha), 24 a více (norma).			

Zungova škála deprese

Jsem skleslý a zkroušený	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Jsou chvíle, kdy je mi do pláče	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Mám potíže se spaním	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Všiml jsem si, že ubývám na váze	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Mám potíže se zácpcou	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Srdce mi buší rychleji než obvykle	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Unavím se a nevím proč	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Cítím nepokoj a neudržím se	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Jsem dráždivější než obvykle	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych zemřel	Nikdy	1	Občas	2	Často	3	Stále	4
Ráno se cítím nejlépe	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Snídám stejná jídla jako dříve	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Mám v hlavě jasno jako dříve	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Zvládnou totéž co dříve	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Jsem optimistický do budoucna	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Snadno se rozhoduji	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Cítím se užitečný a potřebný	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Stále žiji naplno	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Těší mne tytéž věci jako dříve	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1
Sexuální život mi činí potěšení	Nikdy	4	Občas	3	Často	2	Stále	1

Hodnocení:

Vyhodnocení:

- 0-20 (bez deprese)
- 20-40 (mírné projevy, snesitelná deprese)
- 40-55 (depresivní stav, vyžaduje lékařskou péči)
- více bodů jak 55 (silná deprese, stav vyžadující akutní lékařskou pomoc).

Invazivní vstupy	periferní žilní katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	Vyšetření
	centrální žilní katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	
	močový katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	
	sonda	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	
	drén	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	
Léky	název	dávkování	způsob aplikace	léková skupina	
Infuze					
INFORMOVANOST PACIENTA:					
Práva pacientů	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Zná svého ošetřujícího lékaře	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Riziko pádu	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Zná skupinovou sestru	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Služby zařízení	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Cennosti předány k uložení	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Domácí a provozní řád	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE			
Podávání léčebných přípravků	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE			
Ostatní ordinace			Restriktivní postupy		
P+V		koupele		omezení pacienta na lůžku	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
kyslík		stomie		terapeutická izolace	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
inhalace		led		manuální fixace	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
bandáže		převazy		ochranná opatření	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Rehabilitace	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO			
kineziologie	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO			
ergoterapie	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO			
LTV	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO			
Situační analýza					

Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordon

**I. fáze -
posouzení**
(identifikace
ošetřovatelského
problému)

1. Vnímání zdraví

jak se cítíte	<input type="checkbox"/> dobře	<input type="checkbox"/> špatně	<input type="checkbox"/> nevím
můj zdravotní stav	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> částečně dobrý	<input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> špatný
pro udržení zdraví	<input type="checkbox"/> sportování	<input type="checkbox"/> procházky	<input type="checkbox"/> zahradničení
	<input type="checkbox"/> dodržování zdravé výživy		<input type="checkbox"/> nic
nemoci za poslední rok			úrazy
důležité změny za poslední rok			
lékařská doporučení dodržuji	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NĚKDY
spolupráce při léčbě	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
při objevení současných obtíží jsem	<input type="checkbox"/> navštívil lékaře		<input type="checkbox"/> užil léky
	<input type="checkbox"/> hledal radu		

2. Výživa, metabolismus

stav výživy	<input type="checkbox"/> změna váhy v poslední době	<input type="checkbox"/> ↑ o	<input type="checkbox"/> ↓ o
chuť k jídlu	<input type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> nechutenství	
stav výživy	<input type="checkbox"/> přiměřený	<input type="checkbox"/> podvýživa	<input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> mírná nadváha
stav sliznic	<input type="checkbox"/> růžové	<input type="checkbox"/> bledé	<input type="checkbox"/> suché
způsob přijímání stravy	<input type="checkbox"/> per os	<input type="checkbox"/> sonda	<input type="checkbox"/> pumpa <input type="checkbox"/> stomie
forma stravy	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> kašovitá	<input type="checkbox"/> tekutá
porucha polykání	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	stav chrupu	<input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> protéza
potíže	<input type="checkbox"/> nauzea	<input type="checkbox"/> zvracení	<input type="checkbox"/> pálení žáhy
typický denní příjem jídla	<input type="checkbox"/> snídaně	<input type="checkbox"/> svačina dopolední	<input type="checkbox"/> oběd
	<input type="checkbox"/> večeře	<input type="checkbox"/> svačina odpolední	<input type="checkbox"/> druhá večeře
přidavky	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké		
dietní omezení doma	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké		
dieta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO číslo	edukován	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
schonost sám se najíst	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> krmen	<input type="checkbox"/> jiné
příjem tekutin za 24 hodin v litrech	<input type="checkbox"/> < 0,5	<input type="checkbox"/> 0,5-1	<input type="checkbox"/> 1-1,5 <input type="checkbox"/> 1,5-2 <input type="checkbox"/> > 2
k dispozici dostatek tekutin	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
pocit sucha v ústech	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	defekty v ústech	<input type="checkbox"/> ↓ pocit žízně
kožní turgor	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> snížený	stav sliznic <input type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé
stav vlasů	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> vypadávají	stav nehtů <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> narušený

3. Vylučování - moče, stolice

mikce	<input type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> problematická
-------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

inkontinence	<input type="checkbox"/> částečná	<input type="checkbox"/> úplná	Typ	
změna v poslední době	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
vyučování moče	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí na WC	<input type="checkbox"/> na lůžku	
obtíže	<input type="checkbox"/> pálení	<input type="checkbox"/> řezání	<input type="checkbox"/> v noci	<input type="checkbox"/> v menších porcích
močení	<input type="checkbox"/> retence	<input type="checkbox"/> urostomie/den	<input type="checkbox"/> močový katétr/den	
příměs v moči	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaká		
stolice				
vyprazdňování střeva	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí na WC	<input type="checkbox"/> na lůžku	<input type="checkbox"/> stomie
stolice	<input type="checkbox"/> pravidelná	<input type="checkbox"/> zácpa	x za týden	<input type="checkbox"/> průjem
barva		inkontinence	<input type="checkbox"/> částečná	<input type="checkbox"/> úplná
vyprazdňovací návyky	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaké		
změny v poslední době	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaké		
užívání preparátů na vyprázdnění	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaké	jak dlouho	
obtíže během vyprazdňování	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaké		
4. Aktivita, cvičení				
pocit dostatečné síly a životní energie	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
cvičím	<input type="checkbox"/> necvičím	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> pravidelně	typ cvičení:
faktory bránící tělesné aktivitě	<input type="checkbox"/> dušnost	<input type="checkbox"/> svalové křeče	<input type="checkbox"/> paréza/plegie	
	<input type="checkbox"/> srdeční onem.	<input type="checkbox"/> plicní onem.	<input type="checkbox"/> onemocnění pohybového aparátu	
doma	<input type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> s oporou	<input type="checkbox"/> neschopen	
nyní	<input type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> s oporou	<input type="checkbox"/> neschopen	
chybějící části těla	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaké		
kompensační pomůcky	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaké		
úroveň soběstačnosti - funkční úroveň				
<input type="checkbox"/> 0 (nezávislý)	<input type="checkbox"/> 1 (vyžaduje pom. prostředky)	<input type="checkbox"/> 2 (potřebuje min. pomoc, dohled)		
<input type="checkbox"/> 3 (potřebuje pomoc, pomůcky)	<input type="checkbox"/> 4 (potřebuje úplný dohled)	<input type="checkbox"/> 5 (sám nic)		
<input type="checkbox"/> najíst se	<input type="checkbox"/> umýt se	<input type="checkbox"/> vykoupat se	<input type="checkbox"/> obléci se	<input type="checkbox"/> pohybovat se
prevence imobilizačního syndromu	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaká		
pohyb režim v nemocnici č.		edukace	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO
držení těla	<input type="checkbox"/> vzpřímené	<input type="checkbox"/> změněné		
koordinace	<input type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> narušená		
5. Spánek, odpočinek				
<input type="checkbox"/> kvalitní spánek celou noc	<input type="checkbox"/> problémy s usínáním	<input type="checkbox"/> budí se (jak často)		
<input type="checkbox"/> spí přes den	hod	<input type="checkbox"/> léky na spaní	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO
6. Vnímání				
vědomí	<input type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> bezvědomí
	<input type="checkbox"/> oblužené	<input type="checkbox"/> amence	<input type="checkbox"/> delirium	
sluch	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> zhoršený P/L ucho	<input type="checkbox"/> neslyší P/L ucho	<input type="checkbox"/> neslyšící
kompensační pomůcky	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO P/L ucho		
zrak	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> nevidomí	<input type="checkbox"/> zhoršený P/L	<input type="checkbox"/> na blízko
				<input type="checkbox"/> na dálku
kompensační pomůcky	<input type="checkbox"/> nemá	<input type="checkbox"/> má	<input type="checkbox"/> brýle	<input type="checkbox"/> čočky
řeč	<input type="checkbox"/> plynulá	<input type="checkbox"/> narušená		
udržuje kontakt	<input type="checkbox"/> otevřený	<input type="checkbox"/> spíše uzavřený	<input type="checkbox"/> odmítá	
vědomí	<input type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> bezvědomí
orientace	<input type="checkbox"/> plně orientován	<input type="checkbox"/> částečně orientován	<input type="checkbox"/> dezorientovaný	
	dezorientovaný:	<input type="checkbox"/> osobou	<input type="checkbox"/> časem	<input type="checkbox"/> místem
paměť	<input type="checkbox"/> neporušená	<input type="checkbox"/> zapomíná	<input type="checkbox"/> staropaměť	<input type="checkbox"/> částečně zapomíná
pozornost	<input type="checkbox"/> stálá	<input type="checkbox"/> úmyslná	<input type="checkbox"/> neúmyslná	<input type="checkbox"/> roztržitý
styl učení	<input type="checkbox"/> logické	<input type="checkbox"/> mechanické	<input type="checkbox"/> napodobování	
bolest	<input type="checkbox"/> nemá	<input type="checkbox"/> akutní	<input type="checkbox"/> chronickou	
bolest vnímá	<input type="checkbox"/> přiměřeně	<input type="checkbox"/> zvýšeně	<input type="checkbox"/> škála	
bolest tiší	<input type="checkbox"/> úlev. polohou	<input type="checkbox"/> analgetiky	<input type="checkbox"/> obklady	
	<input type="checkbox"/> relax. tech.	<input type="checkbox"/> tlak. masáží		
intenzita bolesti	<input type="checkbox"/> 0 (žádná)	<input type="checkbox"/> 1 (nepatrná)	<input type="checkbox"/> 2 (mírná)	
	<input type="checkbox"/> 3 (střední)	<input type="checkbox"/> 4 (strašná)	<input type="checkbox"/> 5 (nesnesitelná)	

životopis bolesti			
bludy	<input type="checkbox"/> paranoidní	<input type="checkbox"/> perzekuční	<input type="checkbox"/> autoakuzачní
myšlení	<input type="checkbox"/> zrychlené	<input type="checkbox"/> utlumené	<input type="checkbox"/> mutistické
	<input type="checkbox"/> suicidiální	<input type="checkbox"/> obsedantní	
paměť	<input type="checkbox"/> hypomnézie	<input type="checkbox"/> hypermnézie	<input type="checkbox"/> amnézie
intelekt	<input type="checkbox"/> zanedbanost	<input type="checkbox"/> demence	<input type="checkbox"/> retardace
7. Sebepojetí			
důvěra	<input type="checkbox"/> plně si důvěřuje	<input type="checkbox"/> důvěřuje si méně	<input type="checkbox"/> nedůvěřuje si
hlas	<input type="checkbox"/> přiměřený	<input type="checkbox"/> tichý	<input type="checkbox"/> hlučný
jsem	<input type="checkbox"/> optimista	<input type="checkbox"/> pesimista	<input type="checkbox"/> méně schopný
způsob řeči	<input type="checkbox"/> srozumitelná	<input type="checkbox"/> klidná	
	<input type="checkbox"/> pomalá	<input type="checkbox"/> zadržává	
vůle	<input type="checkbox"/> hypobulie	<input type="checkbox"/> abulie	<input type="checkbox"/> hyperbulie <input type="checkbox"/> astenie
čítí, omezení v době nemoci		<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO
nálada	<input type="checkbox"/> euforická	<input type="checkbox"/> hypomanická	<input type="checkbox"/> manická
	<input type="checkbox"/> emoční labilita	<input type="checkbox"/> depresivní	<input type="checkbox"/> anxiózní
jednání	<input type="checkbox"/> hypokinetické	<input type="checkbox"/> akinetické	<input type="checkbox"/> hyperkinetické
	<input type="checkbox"/> katatónní	<input type="checkbox"/> stupor	
pudy	<input type="checkbox"/> anorexie	<input type="checkbox"/> bulimie	<input type="checkbox"/> agrese
	<input type="checkbox"/> suicidiální pokus	<input type="checkbox"/> demonstrativní suicidium	<input type="checkbox"/> automutace
city	<input type="checkbox"/> fobie	<input type="checkbox"/> sociální tupost	
	hněv	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	zlost	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	smutek	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	úzkost	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
problémy odstraňuje pomocí			
spokojenost se svým vzhledem		<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> NE	
nervózní	<input type="checkbox"/> není	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> ano
co dělám, když jsem nervózní			
8. Role - mezilidské vztahy			
bydlí	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s partnerem	<input type="checkbox"/> s partnerem a dětmi <input type="checkbox"/> jiné
aktuální stav	<input type="checkbox"/> zaměstnaný	<input type="checkbox"/> nezaměstnaný	<input type="checkbox"/> důchodce (invalidní)
	<input type="checkbox"/> studen	<input type="checkbox"/> důchodce (starobní)	
využívá služby	<input type="checkbox"/> pečovatelské služby		
struktura rodiny (počet členů)			
rodinné problémy	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		
způsob řešení problémů			
reakce rodiny na onemocnění	<input type="checkbox"/> zájem	<input type="checkbox"/> nezáměm	<input type="checkbox"/> ochotna spolupracovat
status	<input type="checkbox"/> zaměstnaný	<input type="checkbox"/> nezaměstnaný	<input type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> student
kontakt s lidmi	<input type="checkbox"/> častý	<input type="checkbox"/> zřídka	
druh kontaktu			
chování k lidem	<input type="checkbox"/> asertivní	<input type="checkbox"/> pasivní	<input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> přátelské
	<input type="checkbox"/> familierní		
spokojenost se zaměstnáním (se školou)		<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> NE	
9. Sexualita, reprodukční schopnosti			
menstruace	<input type="checkbox"/> pravidelná	<input type="checkbox"/> nepravidelná	<input type="checkbox"/> bolestivá
	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> silná	<input type="checkbox"/> slabá
vaginální výtok	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	
klimakterium	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	
sexuální obtíže	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	
sexuální vztahy	<input type="checkbox"/> dobré	<input type="checkbox"/> narušené	
♀ menstruace:			
Začátek/ letůch	cyklus		
počet těhotenství	počet porodů	počet potratů	
komplikace v těhotenství	operace		

	antikoncepce	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	problémy	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	klimaktérium	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	problémy		
	↑ diagnostické poruchy	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO			
	léčba poruch		operace		
	problémy s prostatou	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	jiné problémy		
10.	Stresové zátěžové situace				
	napětí prožívám	<input type="checkbox"/> často (jak často)	<input type="checkbox"/> zřídka	<input type="checkbox"/> nikdy	
	co vyvolává napětí	<input type="checkbox"/> škola	<input type="checkbox"/> zaměstnání	<input type="checkbox"/> nemoc	<input type="checkbox"/> rodina
	co snižuje napětí	<input type="checkbox"/> relaxace	<input type="checkbox"/> drogy	<input type="checkbox"/> alkohol	<input type="checkbox"/> léky
	napětí snáším	<input type="checkbox"/> lehce	<input type="checkbox"/> jak kdy	<input type="checkbox"/> těžce	
	vyrovňuje se stresem	<input type="checkbox"/> rychle	<input type="checkbox"/> chvíli to trvá	<input type="checkbox"/> jak kdy, záleží	
		<input type="checkbox"/> trvá to dlouho			
	stresové situace zvládá s podporou	<input type="checkbox"/> přátel	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s podporou rodiny	
	důležité změny v posledních dvou letech				
11.	Víra, životní hodnoty				
	náboženská víra považuje	<input type="checkbox"/> za důležitou hodnotu	<input type="checkbox"/> občasnou potřebu		
	důležitost víry při pobytu v zařízení	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
	jsem	<input type="checkbox"/> katolík	<input type="checkbox"/> evangelík		
	osobní zájem o víru	<input type="checkbox"/> návštěva duchovního	<input type="checkbox"/> návštěva nemocniční kaple		
	zavazuje víra k určitému omezení	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO		
	omezení	<input type="checkbox"/> v jídle	<input type="checkbox"/> v oblékání		
	určete pořadí následujících hodnot	<input type="checkbox"/> zdraví	<input type="checkbox"/> rodina	<input type="checkbox"/> víra	
		<input type="checkbox"/> práce	<input type="checkbox"/> peníze	<input type="checkbox"/> záliby	<input type="checkbox"/> cestování
	chce zajistit	<input type="checkbox"/> kněze	<input type="checkbox"/> pastora		
12.	Jiné				

OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA

Jméno, příjmení		Narozen	
Diagnóza			
Doba hospitalizace			
Zpráva je určena			
Pohybový režim		Dieta	
Stav vědomí	<input type="checkbox"/> plné <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> kóma		
Krevní tlak		Pulz	
Dýchání		Tělesná teplota	
Dutina ústní			
Stav kůže	<input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> poškozená	<input type="checkbox"/> zarudlá <input type="checkbox"/> opruzeniny	<input type="checkbox"/> dekubity
Invazivní vstupy	<input type="checkbox"/> flexila <input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> sonda	<input type="checkbox"/> močová cévka	<input type="checkbox"/> drén
Vyprazdňování	<input type="checkbox"/> mikce bez obtíží <input type="checkbox"/> mikce s obtížemi		<input type="checkbox"/> močový katétr
	<input type="checkbox"/> stolice bez obtíží <input type="checkbox"/> stolice s obtížemi		<input type="checkbox"/> poslední stolice dne
Kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> berle <input type="checkbox"/> hůl	<input type="checkbox"/> vozík	<input type="checkbox"/> zubní protéza
Osobní věci	<input type="checkbox"/> cennosti <input type="checkbox"/> svršky <input type="checkbox"/> pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> občanský průkaz	<input type="checkbox"/> kartička pojišťovny
Informace rodiny o překladu	<input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> osobně		
Sociální situace	<input type="checkbox"/> bez požadavků <input type="checkbox"/> sociální šetření zahájeno		
Jiná sdělení			

Průběh hospitalizace - hlavní ošetřovatelské problémy

Další doporučení

Datum

Podpis pacienta

Podpis sestry

OŠETŘOVATELSKÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA

Jméno, příjmení	Pojišťovna
Bydliště	
Doba hospitalizace	
Hlavní diagnóza při přijetí	
Stav při propuštění do domácího ošetření	
Stav při předání do domácí péče	
Zná svou diagnózu	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> částečně
Soběstačnost	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> odkázán plně na pomoc druhé osoby
Stav kůže	<input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> poškozená <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> dekubit
Úroveň kontaktu	<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> obtížná <input type="checkbox"/> nespolupracující
Hygiena	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> závislost na druhé osobě
Chůze	<input type="checkbox"/> samostatná <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> hole <input type="checkbox"/> berle <input type="checkbox"/> vozík
Stravování	<input type="checkbox"/> dieta
Vyprazdňování	<input type="checkbox"/> mikce - problém <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
	<input type="checkbox"/> stolice - problém <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Sociální situace	<input type="checkbox"/> bez požadavků <input type="checkbox"/> šetření zahájeno dne <input type="checkbox"/> LDN <input type="checkbox"/> Domov pro seniory

Další doporučení:

Datum

Podpis pacienta

Podpis sestry

Poznámky:

Celkové hodnocení:

Datum:

Podpis:



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento materiál je výstupem z projektu Modernizace obsahu a struktury vzdělávání v odborných ošetřovatelských předmětech, registrační číslo: CZ.2.17/3.1.00/36048, který realizuje Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5, Duškova 7, 150 00.
Projekt byl podpořen v rámci operačního programu OPPI (Operační program Praha - Adaptabilita, <http://www.prahafondy.eu/cz/oppi.html>), který je spolufinancován ESF (Evropský sociální fond, <http://www.esfcr.cz/>).