

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5, Duškova 7, PSČ 150 00



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE – VIRGINIE HENDERSON

základní verze šablona

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

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE - v. Henderson

Jméno, příjmení (iniciály)			Oddělení		
Pohlaví	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž		Pooperační den		
Narozen	Věk		Den pobytu		
Vztah k zařízení	<input type="checkbox"/> hospitalizace <input type="checkbox"/> ambulantní		Příjem: <input type="checkbox"/> první přijetí		
Důvod přijetí	<input type="checkbox"/> dg. vyšetření		<input type="checkbox"/> akutní operace		
	<input type="checkbox"/> akutní onemocnění		<input type="checkbox"/> plánovaná operace		
	<input type="checkbox"/> chron. onemocnění		<input type="checkbox"/> přeložen		
			<input type="checkbox"/> opakované přijetí		

Sociální situace

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

Příbuzní 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 <input type="checkbox"/> stabilní <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pulz	rychlost	pravidelnost	zvýšení o
Krevní tlak	při přijetí	aktuální	snížení o
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	dobry	4	dobry	4	úplná	4	není	4	chodí	4
malá	3	do 30	3	alergie	3		3	horší	3	apatie	3	částečně omezená	3	občas	3	s doprovodem	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2		2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sedačka	2
žádná	1	60+	1	suchá	1		1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	stolice i moč	1	leží	1

Dne _____ (součet bodů) _____

Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaında)

Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0	
Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost	Body
1. Věk	
2. Kolik je asi hodin	
3. Adresu	
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 zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat měsíce pozpátku	
Celkové skóre	

Zjištění rizika pádu

Skóre vyšší než 3, riziko pádu

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

Invaze	periferní žilní katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	Vyšetření
	centralní žilní katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	
	močový katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	
	drén	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	
	sonda	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input type="checkbox"/> NE	
Léky	název	dávkování	zp. aplikace	lék. skup.	
Infuze					

Ostatní ordinace

P+VT		koupele	
kyslík		stomie	
REH		led	
bandáže		převazy	
inhalace			

Ošetřovatelská anamnéza - V. Henderson

					I. f. posouzení	
1.	Dýchání					
	doma problémy	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE			
	nyní dušnost	<input type="checkbox"/> klidová	<input type="checkbox"/> námahová			
	kouření - počet cigaret, doutníků atd.	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jak dlouho/let kolik za 24 hod			
	kašel	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> kdy	<input type="checkbox"/> charakter			
	sputum	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> příměsi	<input type="checkbox"/> barva			
	léky na dýchání	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> název			
	léčba kyslíkem	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE				
2.	Výživa a hydratace					
	stav výživy	<input type="checkbox"/> změna váhy v posl. 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		
	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"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	stav chrupu: <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> protéza			
	potíže	<input type="checkbox"/> nauzea	<input type="checkbox"/> zvracení	<input type="checkbox"/> pálení žáhy		
	doma		nyní			
	složení stravy	dieta	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
	frekvence	poučen o dietě	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
	oblíbená jídla	schopnost sám se najíst	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
	dieta doma	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	potřeba pomoci	<input type="checkbox"/> zcela	<input type="checkbox"/> částečně	
	příjem tekutin za 24 hod v l	<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	<input type="checkbox"/> defekt v ústech		

	oblíbené nápoje	<input type="checkbox"/> voda	<input type="checkbox"/> minerálky	<input type="checkbox"/> čaj	<input type="checkbox"/> ovoc.šťávy	<input type="checkbox"/> mléko
		<input type="checkbox"/> káva	<input type="checkbox"/> pivo	<input type="checkbox"/> destiláty		
3.	Vylučování - moče, stolice					
	moče					
	mikce	<input type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> problematická		
	změna v poslední době	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE				
	vylučování 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 men. porcích	<input type="checkbox"/> bolestivé
	močení	<input type="checkbox"/> retence	<input type="checkbox"/> urostomie/den	<input type="checkbox"/> moč. katétr/den		
	příměsy v moči	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> jaké				
	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	<input type="checkbox"/> průjem		
	barva		inkontinence	<input type="checkbox"/> částečná	<input type="checkbox"/> úplná	
	vyprazdňovací návyky	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jaké				
	změna v poslední době	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jaká				
	užívání preparátů na vyprázdnění	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO				
	obtíže během vyprazdňování	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jaké				
4.	Pohyb					
	pocit dostatečné síly a životní energie	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE				
	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 <input type="checkbox"/> jaké				
	kompensační pomůcky	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jaké				
	úroveň soběstačnosti - funkční úroveň					
	<input type="checkbox"/> 0 nezávislý	<input type="checkbox"/> 1 vyžaduje pom. prostředek	<input type="checkbox"/> 2 potř. min. pomoc, dohl.			
	<input type="checkbox"/> 3 potřebuje pomoc, pomůcky	<input type="checkbox"/> 4 potřeb. 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 <input type="checkbox"/> jaká				
	pohyb režim v nemocnici	znalost <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO				
5.	Spánek a odpočinek (event. bolest)					
	<input type="checkbox"/> kvalitní spánek cel. noc	<input type="checkbox"/> problémy s usínáním	<input type="checkbox"/> budí se			
	<input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hod	<input type="checkbox"/> léky na spaní	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jaké			
	cítí se	<input type="checkbox"/> odpočatý	<input type="checkbox"/> nevyspalý	<input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> rušivé faktory <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	bolest	<input type="checkbox"/> nemá	<input type="checkbox"/> má	<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"/> analgetiky	<input type="checkbox"/> úlevovou polohou	<input type="checkbox"/> obklady		
	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	
6.	Oblékání					
	oblékání	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede	<input type="checkbox"/> prot. pomůc. k oblék.	
	vzhled	<input type="checkbox"/> upraven	<input type="checkbox"/> neupraven	pomoc při oblékání <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		
7.	Regulace tělesné teploty					
	změny TT	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jaké				
	máte nějaké potíže	<input type="checkbox"/> se zuby	<input type="checkbox"/> gynekologic.	<input type="checkbox"/> hnisavá ložis. na kůži		
		<input type="checkbox"/> defekt	<input type="checkbox"/> časté chřipky, angíny		<input type="checkbox"/> jiné	
	máte raději	<input type="checkbox"/> teplo	<input type="checkbox"/> chlad	spíte raději v	<input type="checkbox"/> teple	<input type="checkbox"/> chladu
8.	Hygiena					
	doma	zvyky	<input type="checkbox"/> sprcha	<input type="checkbox"/> vana	<input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> jak často
	nyní	<input type="checkbox"/> schopen	<input type="checkbox"/> neschopen	<input type="checkbox"/> částečné pomoc jaká		
	častost	<input type="checkbox"/> mytí	raději <input type="checkbox"/> sprcha <input type="checkbox"/> vana <input type="checkbox"/> umyvadlo			
	jakou vyžaduje pomoc					
	myje se	<input type="checkbox"/> teplou	<input type="checkbox"/> studenou	<input type="checkbox"/> vlažnou	přípravky	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
	vlasý	<input type="checkbox"/> za týden	krát	fénování	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> kosmet. příp.
	vousy	<input type="checkbox"/> za týden	krát	pomoc	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	nehty	<input type="checkbox"/> za týden	krát	pomoc	<input type="checkbox"/> na hor. kon.	<input type="checkbox"/> na dol. končet.
	chrup	<input type="checkbox"/> za den	krát	typ	<input type="checkbox"/> umělý	<input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> má pomůcky
	změny na kůži	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jaké				

9. Ochrana před nebezpečím		
informovanost	<input type="checkbox"/> dostatečná <input type="checkbox"/> nedostatečná upřesni	
adaptace na nov. prostředí	<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> porušená	
závislost	<input type="checkbox"/> na druhé osobě <input type="checkbox"/> někdo na něm <input type="checkbox"/> zvíře v domácnosti	
informace mohou být sdělovány	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO komu	
nejbližší člověk	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdo	
návštěvy	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO - NĚKDY <input type="checkbox"/> ANO - PRAVIDELNĚ kdo	
obavy z budoucnosti	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NĚKDY <input type="checkbox"/> ANO jaké	
vědomí	<input type="checkbox"/> jasné <input type="checkbox"/> zastřené <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> bezvědomí	
sluch	<input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršený P/L ucho <input type="checkbox"/> neslyší P/L ucho <input type="checkbox"/> neslyšící	
	kompenzační pomůcky <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO P/L ucho jaké	
zrak	<input type="checkbox"/> normál <input type="checkbox"/> nevidomí <input type="checkbox"/> zhoršený P/L oko <input type="checkbox"/> na blízko <input type="checkbox"/> na dálku	
	kompenzační pomůcky <input type="checkbox"/> NEMÁ <input type="checkbox"/> MÁ <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky	
10. Komunikace a kontakt		
komunikace	<input type="checkbox"/> přiměřená <input type="checkbox"/> kom. bariéry	
řeč	<input type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> němý	
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 <input type="checkbox"/> dezorientovaný	
	dezorientovaný <input type="checkbox"/> osobou <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> místem	
komunikační bariéry	<input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/> afázie <input type="checkbox"/> poran. dut. ústní <input type="checkbox"/> afázie	
psych. stav	<input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> euforický <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> smutný <input type="checkbox"/> uzavřený	
	<input type="checkbox"/> plačtivý <input type="checkbox"/> labilní <input type="checkbox"/> nedůvěřivý	
11. Víra		
důležitost víry při pobytu v zařízení	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
zavazuje Vás víra k určitému omezení	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO k jakému	
omezení	<input type="checkbox"/> v jídle <input type="checkbox"/> v oblékání <input type="checkbox"/> v příjmu TRA <input type="checkbox"/> jiné	
osob. zájem	<input type="checkbox"/> o návštěvu nem. kaple <input type="checkbox"/> návštěvu duchovního <input type="checkbox"/> jiné	
12. Práce		
jste zaměstnán	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
práce	<input type="checkbox"/> sedavá <input type="checkbox"/> náročná psychicky <input type="checkbox"/> náročná fyzicky <input type="checkbox"/> stresující	
celková spokojenost v zaměstnání	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
četnost pracovních problémů	<input type="checkbox"/> často <input type="checkbox"/> někdy <input type="checkbox"/> nikdy	
použití telefonu	<input type="checkbox"/> často <input type="checkbox"/> někdy <input type="checkbox"/> nikdy	
relaxace	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaká	
13. Aktivity a zájmy		
doma	koníčky, zájmy <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	
doporučené aktivity	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	
fyzická aktivita doma	<input type="checkbox"/> denně <input type="checkbox"/> nikdy <input type="checkbox"/> někdy	
bydlí	<input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s dětmi <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> peč. služ. <input type="checkbox"/> bezdom.	
nyní		
máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v zařízení	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	
individ. návrh.		
osobní zájem	<input type="checkbox"/> četba <input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> televize <input type="checkbox"/> ruční práce jaké	
	<input type="checkbox"/> hry <input type="checkbox"/> malování <input type="checkbox"/> ergoterapie	
můžeme něco udělat pro jejich uskutečnění	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO co	
14. Učení		
dosažené vzdělání		
role, mezilidské vztahy	<input type="checkbox"/> zaměstnaný <input type="checkbox"/> nezam. <input type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> student	
	<input type="checkbox"/> ženatý/vdaná <input type="checkbox"/> rozvedený/ná <input type="checkbox"/> svobodný	
dodržuje léčebný režim	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
seznámen	<input type="checkbox"/> s právy pac. <input type="checkbox"/> s dom. řádem <input type="checkbox"/> se službami zařízení	
zná	<input type="checkbox"/> svého oš. lékaře <input type="checkbox"/> svou sestru <input type="checkbox"/> možnost uložení cenností	
Edukační potřeba v oblasti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Edukační téma	

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"/> PŽK <input type="checkbox"/> ČŽK <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 od:	
	<input type="checkbox"/> stolice bez obtíží <input type="checkbox"/> stolice s obtížemi <input type="checkbox"/> naposledy	
Kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> berle <input type="checkbox"/> hůl <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> zub. protéza	
Osobní věci	<input type="checkbox"/> cennosti <input type="checkbox"/> svršky <input type="checkbox"/> prac. neschopnost <input type="checkbox"/> občanský průkaz <input type="checkbox"/> průk. pojišt.	
Informace rodiny o překladu	<input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> jiné	
Sociální situace	<input type="checkbox"/> bez požadavků <input type="checkbox"/> sociální šetření zahájeno	
Jiná sdělení		
Průběh ošetřování - hlavní 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 DOMÁCÍ PÉČE		
Zná svou diagnózu	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ČÁSTEČNE	
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"/> dekubity	
Úroveň kontaktu	<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> obtížná <input type="checkbox"/> nespolupracující	
Hygiena	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> závislý 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 ošetrovatelských 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>).