



# Stredná zdravotnícka škola Prievidza

Meno žiaka:..... Trieda:..... Dátum:.....

Oddelenie:..... Hodnotenie:..... Podpis učiteľa:.....

## Spolupráca so sestrou pri komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti

<b>Iniciálky:</b>	<b>Vek:</b>	<b>Pohlavie:</b> <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	<b>Vzdelanie:</b> <input type="checkbox"/> ZŠ <input type="checkbox"/> učňovské <input type="checkbox"/> SŠ <input type="checkbox"/> VŠ
<b>Dátum prijatia:</b>	<b>Účel prijatia:</b> <input type="checkbox"/> diagnostika <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> konzervatívna liečba		<b>Deň hospitalizácie:</b> <b>Pooperačný deň:</b>
<b>Lekárska diagnóza:</b>			
<b>Farmakoterapia:</b>			
<b>Diéta č.</b>	<b>RHB</b> <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<b>Pohybový režim:</b> <input type="checkbox"/> chodiaci <input type="checkbox"/> obmedzená pohyblivosť <input type="checkbox"/> imobilita	
<b>Alergické reakcie:</b> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: <input type="checkbox"/> lieky <input type="checkbox"/> potraviny <input type="checkbox"/> prach, peľ <input type="checkbox"/> leukoplast <input type="checkbox"/> dez. prostriedok <input type="checkbox"/> iné:			

## Posudzovanie potrieb

### TELESNÝ STAV:

<b>BARTHELOVEJ TEST DENNÝCH ČINNOSTÍ (ADL)</b>		<b>Body</b>
<b>1. Jedenie/pitie</b>	<input type="checkbox"/> 10 samostatne, bez pomoci <input type="checkbox"/> 5 s pomocou <input type="checkbox"/> 0 nezávládne	
<b>2. Obliekanie</b>	<input type="checkbox"/> 10 samostatne, bez pomoci <input type="checkbox"/> 5 s pomocou <input type="checkbox"/> 0 nezávládne	
<b>3. Kúpanie</b>	<input type="checkbox"/> 5 samostatne, alebo s pomocou <input type="checkbox"/> 0 nezávládne	
<b>4. Osobná hygiena</b>	<input type="checkbox"/> 5 samostatne alebo s pomocou <input type="checkbox"/> 0 nezávládne	
<b>5. Kontinencia moču</b>	<input type="checkbox"/> 10 plne kontinentný <input type="checkbox"/> 5 občas inkontinentný <input type="checkbox"/> 0 inkontinentný	
<b>6. Kontinencia stolice</b>	<input type="checkbox"/> 10 plne kontinentný <input type="checkbox"/> 5 občas inkontinentný <input type="checkbox"/> 0 inkontinentný	
<b>7. Použitie WC</b>	<input type="checkbox"/> 10 samostatne, bez pomoci <input type="checkbox"/> 5 s pomocou <input type="checkbox"/> 0 nezávládne	
<b>8. Presun z postele na stoličku</b>	<input type="checkbox"/> 15 bez pomoci <input type="checkbox"/> 10 s malou pomocou <input type="checkbox"/> 5 vydrží sedieť <input type="checkbox"/> 0 nezávládne	
<b>9. Chôdza po rovine</b>	<input type="checkbox"/> 15 samostatne nad 50m <input type="checkbox"/> 10 s pomocou 50m <input type="checkbox"/> 5 na vozíku 50m <input type="checkbox"/> 0 nezávládne	
<b>10. Chôdza po schodoch</b>	<input type="checkbox"/> 10 samostatne <input type="checkbox"/> 5 s pomocou <input type="checkbox"/> 0 nezávládne	
<b>Vyhodnotenie stupňa závislosti:</b>	<input type="checkbox"/> 0-40 vysoká <input type="checkbox"/> 45-60 stredná <input type="checkbox"/> 65-95 mierna <input type="checkbox"/> 96-100 nezávislosť	<b>Spolu</b>
<b>Telesná aktivita:</b>		
Mobilita: <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> čiastočne obmedzená <input type="checkbox"/> imobilita      Poloha: <input type="checkbox"/> aktívna <input type="checkbox"/> pasívna <input type="checkbox"/> vynútená		
Pomoc pri telesnej aktivite: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, spôsob:		
Kompenzačné pomôcky: <input type="checkbox"/> barle <input type="checkbox"/> palica <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> iné:		
<b>Vitálne funkcie:</b>		
TT:	Pulz:      Pravidelný: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> mäkký <input type="checkbox"/> tvrdý <input type="checkbox"/> nitkovitý	
TK:	Dych:      Pravidelný: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie      Dýchanie: <input type="checkbox"/> plytké <input type="checkbox"/> prehĺbené	
<b>Osobné návyky:</b>		
Fajčenie: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, od koľkých rokov:      počet cigariet denne:		
Alkohol: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Drogy: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Káva: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Iné:
<b>Udržiavanie zdravia:</b> <input type="checkbox"/> športujem <input type="checkbox"/> chodím na prechádzky <input type="checkbox"/> pracujem na záhrade <input type="checkbox"/> zdravo sa stravujem <input type="checkbox"/> využívam alternatívnu medicínu <input type="checkbox"/> nič		
<b>Výživa:</b> Stav výživy: <input type="checkbox"/> normálny <input type="checkbox"/> kachektický <input type="checkbox"/> obézny      Hmotnosť:      Výška:      BMI:		
<input type="checkbox"/> prírastok na váhe za posledných 6 mes.      kg <input type="checkbox"/> úbytok na váhe za posledných 6 mes.      kg		
Diétu: <input type="checkbox"/> dodržiava <input type="checkbox"/> nedodržiava      Chuť do jedla: <input type="checkbox"/> normálna <input type="checkbox"/> znížená, nechutenstvo <input type="checkbox"/> zvýšená		
Problémy pri jedení: <input type="checkbox"/> áno: <input type="checkbox"/> so žutím <input type="checkbox"/> prehĺtaním <input type="checkbox"/> bolesť <input type="checkbox"/> pálenie záhy <input type="checkbox"/> zvracanie <input type="checkbox"/> nie		
Spôsob príjmu potravy: <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sondou <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> parenterálne		
Chrup: <input type="checkbox"/> vlastný <input type="checkbox"/> protéza      Príjem tekutín za 24 hod:		

<b>Vylučovanie:</b>
<b>Stolica:</b> <input type="checkbox"/> pravidelné <input type="checkbox"/> nepravidelné <input type="checkbox"/> zápcha <input type="checkbox"/> hnačka <input type="checkbox"/> inkontinencia <input type="checkbox"/> stómia
Konzistencia: <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> riedka <input type="checkbox"/> vodnatá <input type="checkbox"/> tvrdá <input type="checkbox"/> bobkovitá <input type="checkbox"/> skybalum <input type="checkbox"/> iná
Farba: <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> biela <input type="checkbox"/> čierna <input type="checkbox"/> zelená <input type="checkbox"/> žltá <input type="checkbox"/> iná
Používanie laxancií: <input type="checkbox"/> áno, aké: _____ <input type="checkbox"/> nie Plynatosť: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
<b>Močenie:</b> <input type="checkbox"/> spontánne do WC <input type="checkbox"/> spontánne do misy <input type="checkbox"/> permanentný katéter <input type="checkbox"/> inkontinencia
Farba: <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> bledá/bezfarebná <input type="checkbox"/> oranžovožltá <input type="checkbox"/> červená <input type="checkbox"/> hnedá
Problémy: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, aké: _____
<b>Hygiena:</b> Špeciálna starostlivosť o dutinu ústnu: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Spôsob hygienickej starostlivosti: <input type="checkbox"/> sprcha <input type="checkbox"/> celkový kúpeľ na lôžku <input type="checkbox"/> toaleta na posteli
Hygiena dutiny ústnej, zubov: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, kedy: _____
<b>Stav kože:</b>
Farba: <input type="checkbox"/> normálna <input type="checkbox"/> bledá <input type="checkbox"/> červená <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> ikterus <input type="checkbox"/> modriny <input type="checkbox"/> škvrnitá <input type="checkbox"/> iné
Turgor kože: <input type="checkbox"/> fyziologický <input type="checkbox"/> znížený <input type="checkbox"/> zvýšený Vlhkosť: <input type="checkbox"/> primeraná <input type="checkbox"/> znížená <input type="checkbox"/> nadmerná
Vyrážky, svrbenie: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Zápal, začervenanie: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Opuch, ekzém: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Dekubity, rana: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, lokalizácia: _____
Dutina ústna – jazyk: <input type="checkbox"/> vlhký <input type="checkbox"/> suchý <input type="checkbox"/> biely povlak <input type="checkbox"/> ružový
<b>Spánok:</b> Sedatíva: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno aké? _____
Dĺžka: _____ hod <input type="checkbox"/> problémy so zaspávaním <input type="checkbox"/> nočné budenie <input type="checkbox"/> potreba spánku cez deň <input type="checkbox"/> inverzia

### PSYCHICKÝ STAV:

<b>Kognitívna úroveň/Zmyslové vnímanie:</b>
Vedomie: <input type="checkbox"/> pri vedomí <input type="checkbox"/> bezvedomie
Orientovanosť: čas: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie priestor: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie osoba: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie udalosť: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Zrak: <input type="checkbox"/> normálny <input type="checkbox"/> zhoršený P/L <input type="checkbox"/> nevidiaci Čuch: <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršený
Sluch: <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/> nepočujúci Hmat: <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršený
Kompenzačné pomôcky: <input type="checkbox"/> okuliare <input type="checkbox"/> šošovky <input type="checkbox"/> naslúchací aparát
<b>Bolesť:</b> <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> akútna <input type="checkbox"/> chronická
Vizuálna analógová škála /VAS/ bolesti: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Charakter: <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> páľivá <input type="checkbox"/> trhavá <input type="checkbox"/> zvieravá <input type="checkbox"/> kľčovitá <input type="checkbox"/> vystrel'ujúca <input type="checkbox"/> ponámahová <input type="checkbox"/> klaudikačná <input type="checkbox"/> fantómová <input type="checkbox"/> útrobná <input type="checkbox"/> stenokardia <input type="checkbox"/> iná: _____ Lokalizácia: _____
Faktory zhoršujúce bolesť: _____
Faktory zlepšujúce bolesť: <input type="checkbox"/> polohovanie <input type="checkbox"/> obklady <input type="checkbox"/> analgetiká <input type="checkbox"/> iné: _____
<b>Reakcia na hospitalizáciu:</b> <input type="checkbox"/> primeraná, adaptabilný <input type="checkbox"/> neprimeraná, neadaptovaný (prejav): _____
Pocity: <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> úzkosť <input type="checkbox"/> hnev <input type="checkbox"/> depresia <input type="checkbox"/> iné _____
<b>Reakcia na ochorenie:</b> <input type="checkbox"/> primeraná stavu <input type="checkbox"/> bagatelizácia <input type="checkbox"/> simulácia <input type="checkbox"/> disimulácia <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> rezignácia <input type="checkbox"/> adaptácia
<b>Postoj k liečbe, dodržiavanie lekárskeho a ošetrovateľského nariadení:</b> <input type="checkbox"/> dôsledne <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> nedodržiavam <input type="checkbox"/> odmieta liečbu <input type="checkbox"/> spolupracuje pri liečbe
<b>Komunikácia:</b> <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> sťažaná <input type="checkbox"/> kontakt nemožný (dôvod): _____
<b>Nálada:</b> <input type="checkbox"/> pesimistická <input type="checkbox"/> optimistická <input type="checkbox"/> neutrálna <input type="checkbox"/> podráždený <input type="checkbox"/> veselý <input type="checkbox"/> smútok <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> pokojný <input type="checkbox"/> nepokojný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> plačlivý <input type="checkbox"/> úzkostný <input type="checkbox"/> uzavretý <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> agresívny

### SOCIÁLNY STAV:

<b>Som:</b> <input type="checkbox"/> zamestnaný <input type="checkbox"/> nezamestnaný <input type="checkbox"/> dôchodca <input type="checkbox"/> invalidný dôchodca <input type="checkbox"/> študent/ka
<b>Povolanie:</b> _____
<b>Rodinné pomery/bývanie s:</b> <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> manželom/kou <input type="checkbox"/> deťmi <input type="checkbox"/> manželom/kou a deťmi <input type="checkbox"/> iné
<b>Bytové pomery:</b> <input type="checkbox"/> v rodinnom dome: <input type="checkbox"/> bezbariérový <input type="checkbox"/> bariérový <input type="checkbox"/> v byte: <input type="checkbox"/> výťah <input type="checkbox"/> bez výťahu <input type="checkbox"/> bezdomovec <input type="checkbox"/> sociálne zariadenie
<b>Vzťah pacienta k personálu, k spolupacientom:</b> <input type="checkbox"/> asertívny <input type="checkbox"/> pasívny <input type="checkbox"/> agresívny <input type="checkbox"/> priateľský
<b>Záujem príbuzných o pacienta:</b> <input type="checkbox"/> primeraný <input type="checkbox"/> prehnaný <input type="checkbox"/> zriedkavý <input type="checkbox"/> žiaden
Ochota rodiny pomôcť: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Návštevy: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nemá príbuzných
Starostlivosť po prepustení: <input type="checkbox"/> domáce prostredie <input type="checkbox"/> príbuzní <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> soc. zar. <input type="checkbox"/> ústavná star.

### SPIRITUÁLNE POTREBY:

Viera: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, aká? _____ Záujem o náboženské služby: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, aké? _____
Potreba rozhovoru s: <input type="checkbox"/> lekárom <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> príbuznými <input type="checkbox"/> psychológom <input type="checkbox"/> sociálnym pracovníkom <input type="checkbox"/> kňazom <input type="checkbox"/> iné _____

<b>Problém pacienta (odchýlka v potrebe)</b>	<b>Realizácia/spolupráca so sestrou pri ošetrovateľských činnostiach</b>

<b>Problém pacienta (odchýlka v potrebe)</b>	<b>Realizácia/spolupráca so sestrou pri ošetrovateľských činnostiach</b>