



SMP OP 001 OB06/2, Načrt zdravstvene nege pacienta - Internistični oddeleki, V001, veljavnost 26.05.2014


ODDELEK																	
<div>Splōšna bolnišnica Celje</div>																	
PROSTOR ZA NALEPKO																	
DATUM						Datum vstavitve			Načrt menjave			<div>STOPNJA 0 - ni znakov vnetja 1 - rahla bolečina, rdečina ob i.v.k. 2 - bolečina, rdečina, otekline vzdolž i.v.k. 3 - bolečina, rdečina, otekline razširjena na celo okončino UKREPI 0 - opazovanje i.v.k. 1 - opazovanje i.v.k. 2 - odstranitev i.v.k., obkladek 3 - odstranitev i.v.k., obkladek 4 - odstranitev i.v.k., obkladek</div>					
KATEGORIJA	I	II	III	IV	IV kanila												
OSEBNA HIGIENA	PP	DP	S		Ur. kateter/vrečka												
HHRANJENJE	PP	DP	S		NGS												
GIBANJE	PP	DP	S														
Negovalna diagnoza	NAČRT ZN		Datum:				Opažanja										
			Načrt ZN	Dop.	Pop	Noč.											
OSEBNA HIGIENA		Ustna nega	DP PP					TH. PO TELEFONU	DATUM:			URA/PODPIS:					
		Posteljna kopel, jutranja nega	DP PP														
	❑ Deficit v samonegi (osebna higiena)	Tuširanje, kopanje	DP PP														
		Anogenitalna nega	DP PP														
	❑ Deficit v samonegi (oblačenje, slačenje)	Menjava plenice															
		Prestiljanje	1x + p.p.														
		Menjava pacientovega perila	1x + p.p.														
	UBO	3x / 24h															
HHRANJENJE		Hranjenje pacienta per os, NGS	DP PP						POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE	SPREMEMBE NA KOŽI	VRSTA IN LOKACIJA		OSKRBA		URA/PODPIS:		
	❑ Nezmožnost samostojnega hranjenja	DRUGO															
		Zaužita tekočina (ml)															
	❑ Nezdosten vnos hrane in tekočine	SKUPAJ _____ ml															
Zaužita hrana																	
IZLOČANJE	❑ Obstipacija, Diareja																
	❑ Inkontinenca urina																
	DRUGO	DRUGO															
DIHANJE		Aspiracija skozi usta/nos, tubus/knilo										D		P		N	
	❑ Neučinkovito dihanje	Aplikacija O₂															
	❑ Nezmožnost samostojnega čiščenja dihalnih poti	Oskrba dihalne kanile															
		Dvignjeno vzglavje															
	DRUGO																
GIBANJE	❑ Nezmožnost samostojnega gibanja	Posedanje															
		Vstajanje, povijanje nog															
	❑ Slaba fizična mobilnost	Antidekubitussni pripomočki															
	❑ Nevarnost za nastanek RZP	URE:	LB	LB	LB												
		Obračanje LB, DB, H	DB	DB	DB												
	NORTON: _____	DRUGO	H	H	H												
I.V. KANALI	❑ Nevarnost za nastanek flebitisa	Kontrola vbodnega mesta															
		Kontrola vbodnega mesta															
	❑ Nevarnost za iztek tekočine paravenozno	Prebrizgavanje															
		Prevez i.v. kanala															
VARNOŠT		Namestitiv varnostne ograjice															
	❑ Nevarnost za padec	Namestitiv obpostelnega zvonca															
		Nadzor pacienta															
	MORSE: _____	DRUGO															
DRUGO		ZDR. VZGOJA															
	URA/PODPIS:																



NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTA

SMP OP 001 OB06/2, Načrt zdravstvene nege pacienta - Internistični oddelki, V001, veljavnost 26.05.2014

ODDELEK

 Splošna bolnišnica Celje

PROSTOR ZA NALEPKO

DATUM

KATEGORIJA

OSEBNA HIGIENA

HRANJENJE

GIBANJE

I II III IV

PP DP S

PP DP S

PP DP S

Datum vstavitve

IV kanila

Ur. kateter/vrečka

NGS

Náčrt menjave

STOPNJA

0 - ni znakov vnetja

1 - rahla bolečina, rdečina ob i.v.k.

2 - bolečina, rdečina, otekline ob i.v.k.

3 - bolečina, rdečina, otekline vzdolž i.v.k.

4 - bolečina, rdečina, otekline razširjena na celo okončino

UKREPI

0 - opazovanje i.v.k.

1 - opazovanje i.v.k.

2 - odstranitev i.v.k., obkladek

3 - odstranitev i.v.k., obkladek

4 - odstranitev i.v.k., obkladek

	Negovalna diagnoza	NAČRT ZN	Datum:				Opažanja	TH. PO TELEFONU	DATUM:			URA/PODPIS:										
			Načrt ZN	Dop.	Pop	Noč.																
OSEBNA HIGIENA		Ustna nega	DP PP					TH. PO TELEFONU														
		Posteljna kopel, jutranja nega	DP PP																			
	<input type="checkbox"/> Deficit v samonegi (osebna higiena)	Tuširanje, kopanje	DP PP																			
		Anogenitalna nega	DP PP																			
	<input type="checkbox"/> Deficit v samonegi (oblačenje, slačenje)	Menjava plenice																				
		Prestiljanje	1x + p.p.																			
		Menjava pacientovega perila	1x + p.p.																			
	UBO	3x / 24h																				
HRANJENJE		Hranjenje pacienta per os, NGS	DP PP					POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE	SPREMEMBE NA KOŽI	VRSTA IN LOKACIJA		OSKRBA		URA/PODPIS:								
	<input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega hranjenja	DRUGO																				
		Zaužita tekočina (ml)																				
	<input type="checkbox"/> Nezdosten vnos hrane in tekočine	SKUPAJ _____ ml																				
Zaužita hrana																						
IZLOČANJE	<input type="checkbox"/> Obstipacija, Diareja									POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE	D		P		N							
	<input type="checkbox"/> Inkontinenca urina																					
	DRUGO	DRUGO																				
DIHANJE		Aspiracija skozi usta/nos, tubus/kanilo										POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE										
	<input type="checkbox"/> Neučinkovito dihanje	Aplikacija O ₂																				
	<input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega čiščenja dihalnih poti	Oskrba dihalne kanile																				
		Dvignjeno vzglavje																				
	DRUGO																					
GIBANJE	<input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega gibanja	Posedanje											POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE									
		Vstajanje, povijanje nog																				
	<input type="checkbox"/> Slaba fizična mobilnost	Antidekubitusni pripomočki																				
	<input type="checkbox"/> Nevarnost za nastanek RZP	URE:		LB	LB	LB																
		Obračanje LB, DB, H		DB	DB	DB																
	NORTON: _____	DRUGO	H	H	H																	
I.V. KANALI	<input type="checkbox"/> Nevarnost za nastanek flebitisa	Kontrola vbodnega mesta													POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE							
		Kontrola vbodnega mesta																				
	<input type="checkbox"/> Nevarnost za iztek tekočine paravenozno	Prebrizgavanje																				
		Prevez i.v. kanala																				
VARNOST		Namestitev varnostne ograjice														POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE						
	<input type="checkbox"/> Nevarnost za padec	Namestitev obposteljnega zvonca																				
		Nadzor pacienta																				
	MORSE: _____	DRUGO																				
DRUGO		ZDR. VZGOJA								POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE												
URA/PODPIS:												URA/PODPIS:					URA/PODPIS:		URA/PODPIS:			