

Podatki o pacientu ali nalepka

Oddelek: \_\_\_\_\_

Pacient premeščen v: \_\_\_\_\_

Potrebuje spremstvo: NE DA; kdo \_\_\_\_\_

Podatki o svojcih:

Ime in priimek (razmerje): \_\_\_\_\_ Tel. št. \_\_\_\_\_

**PSIHOFIZIČNO STANJE PACIENTA**

## Opis problema

Dihanje	_____
Hranjenje / dieta	_____
Izločanje urina	_____
Odvajanje	_____
Spanje, počitek	_____
Vzdrževanje tel. temp.	_____
Stanje zavesti	_____
Komuniciranje	_____
Gibanje, obračanje	_____
Osebna higiena	_____
Spremembe na koži	_____

**POSEBNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE**

---

---

**POSTOPKI IN POSEGI ZDRAVSTVENE NEGE**

	Št.	Lokacija	Datum vstavitve/menjave	Prevez DA, datum	Prevez NE
I.v. kanal					
CVK					
Stoma					

	Datum vstavitve	Št.	Datum predvidene menjave	Datum predvidene menjave vrečke
Nazogastrična sonda				
Urinski kateter				

Aplikacija O <sub>2</sub>	Procent apliciranega kisika:	
Podkožna venska valvula	Prebrizgana; dne:	Atravmatska igla nameščena, dne:

Dreni:	Lokacija:	Količina izločene vsebine

Prevezi (lokacija):	NE	DA; datum	Pripomočki

- Razjeda zaradi pritiska**    ☐ NE
- ☐ Začetni; lokacija \_\_\_\_\_
- ☐ DA; lokacija \_\_\_\_\_
- Dosedanji negovalni postopki:    ☐ Pogostost obračanja \_\_\_\_\_
- ☐ Pripomočki za nego \_\_\_\_\_

**Medikamentozna terapija:**

Zdravilo	Doza	Način aplikacije	Zadnja prejeta doza

- Izolacija pacienta    ☐ DA    vzrok za izolacijo: \_\_\_\_\_
- ☐ NE
- Nadzorne kužnine    ☐ DA    datum odvzema: \_\_\_\_\_
- ☐ NE

Osebnosti pacienata:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA	Kaj: _____
Medicinski pripomočki	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Očala <input type="checkbox"/> Zobna proteza	Drugo _____
Krvna skupina	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Recept, naročilnica <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Zdravstvena kartica	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Odpustno pismo <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

Podpis medicinske sestre

Datum, ura odpusta: \_\_\_\_\_