



Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Oddelek: \_\_\_\_\_

	Negovalna diagnoza	NAČRT ZN	Datum:		Kateg. ZN:		Opažanja	Datum:		Kateg. ZN:		Opažanja
			Načrt ZN	Dop.	Pop	Noč.		Načrt ZN	Dop.	Pop	Noč.	
OSEBNA HIGIENA		Ustna nega	DP PP					DP PP				
		Posteljna kopel, jutranja nega	DP PP					DP PP				
	<input type="checkbox"/> Deficit v samonegi (osebna higiena)	Tuširanje, kopanje	DP PP					DP PP				
		Anogenitalna nega	DP PP					DP PP				
	<input type="checkbox"/> Deficit v samonegi (oblačenje, slačenje)	Menjava plenice										
		Prestiljanje										
		Menjava pacientovega perila										
		DRUGO										
HRANJENJE		Hranjenje pacienta per os, NGS	DP PP					DP PP				
	<input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega hranjenja	DRUGO										
		Zaužita tekočina (ml)										
	<input type="checkbox"/> Ne zadosten vnos hrane in tekočine	SKUPAJ _____ ml										
		Zaužita hrana										
IZLOČANJE	<input type="checkbox"/> Obstipacija	Beleženje diureze (ml)										
	<input type="checkbox"/> Diareja	SKUPAJ _____ ml										
	<input type="checkbox"/> Inkontinenca urina	Menjava urinske vrečke										
	DRUGO	DRUGO										
DIHANJE		Aspiracija skozi usta/nos, tubus/kanilo										
	<input type="checkbox"/> Neučinkovito dihanje	Aplikacija O <sub>2</sub>										
	<input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega čiščenja dihalnih poti	Oskrba dihalne kanile										
		Dvignjeno vzglavje										
	DRUGO											
GIBANJE	<input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega gibanja	Posedanje										
		Vstajanje, povijanje nog										
	<input type="checkbox"/> Slaba fizična mobilnost	Antidekubitusni pripomočki										
	<input type="checkbox"/> Nevarnost za nastanek RZP	URE:		LB	LB	LB		LB	LB	LB		
		Obračanje LB, DB, H		DB	DB	DB		DB	DB			
	NORTON: _____	DRUGO		H	H	H		H	H	H		
I.V. KANALI	<input type="checkbox"/> Nevarnost za nastanek flebitisa	Nastavitev / odstranitev i.v. kanala										
		Kontrola vbodnega mesta										
	<input type="checkbox"/> Nevarnost za iztek tekočine paravenozno	Prebrizgavanje										
		Prevez i.v. kanala										
VARNOST		Namestitve varnostne ograjice										
	<input type="checkbox"/> Nevarnost za padec	Namestitve obposteljnega zvonca										
		Nadzor pacienta										
	MORSE: _____	DRUGO										
DRUGO		ZDR. VZGOJA										
		PREVEZ RANE, RZP										
			Podpis MS									
STOPNJA 0 - ni znakov vnetja 1 - rahla bolečina, rdečina ob i.v.k. 2 - bolečina, rdečina, oteklina ob i.v.k. 3 - bolečina, rdečina, oteklina vzdolž i.v.k. 4 - bolečina, rdečina, oteklina razširjena na celo okončino							Podpis MS				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	