



Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Soba: \_\_\_\_\_ Legenda: DP - delna pomoč PP - popolna pomoč

	Negovalna diagnoza	NAČRT ZN	Datum:		Kateg. ZN:		OPAŽANJA Podpis / ura	POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE		
			Načrt ZN	Dopoldan	Popoldan	Ponoči		DOPOLDAN	POPOLDAN	PONOČI
OŠEBNA HIGIENA	<input type="checkbox"/> Deficit v samonegi (osebna higiena)	Tuširanje, kopanje DP PP								
		Posteljna kopel DP PP								
		Anogenitalna nega DP PP								
		Nadzor nad higieno								
	<input type="checkbox"/> Deficit v samonegi (oblačenje slačenje)	Menjava pleníc								
		Prestiljanje								
		Menjava / priprava otrokovega perila								
HRANJENJE	<input type="checkbox"/> Pomankljiva zmožnost samostojnega uživanja hrane	Hranjenje otroka per os, NGS DP PP								
		Evidenca / nadzor nad dojenjem								
	<input type="checkbox"/> Neuravnotežena prehrana, debelost / prehrambeni deficit	Evidenca / nadzor zaužite hrane (g) in tekočine (ml)								
		<input type="checkbox"/> Neučinkovito dojenje	DRUGO							
IZLOČANJE	<input type="checkbox"/> Obstipacija	Nadzor nad izločanjem blata, urina								
	<input type="checkbox"/> Diareja									
	<input type="checkbox"/> Bruhanje	Nadzor nad bruhanjem								
	<input type="checkbox"/> Inkontinenca urina, blata	Beleženje diureze								
Z/V	<input type="checkbox"/> Neznanje otroka, staršev o bolezni	Z/V delo z otrokom, staršem								
VARNOST	<input type="checkbox"/> Nevarnost zamenjave otroka	Nadzor nad ID zapestnico								
	<input type="checkbox"/> Nevarnost poškodbe otroka zaradi padca	Namestitev varnostne ograjice / dvignjena varnostna ograjica								
	<input type="checkbox"/> Nevarnost poslabšanja zdravstvenega stanja otroka	Nadzor nad otrokom								
	<input type="checkbox"/> DRUGO	DRUGO								
DIHANJE	<input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega čiščenja dihalnih poti	Aspiracija otroka skozi nos ali usta								
		Dvigniti vzglavje								
	<input type="checkbox"/> Neučinkovito dihanje	Aplikacija kisika								
<input type="checkbox"/> Nevarnost apneje	Namestitev apneje blazine									
GIBANJE	<input type="checkbox"/> Slaba fizična mobilnost	Pomoč pri gibanju								
	<input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega gibanja	Obračanje otroka		LB	LB	LB				
	<input type="checkbox"/> DRUGO	DRUGO		DB	DB	DB				
				H	H	H				
TEL. TEMP.	<input type="checkbox"/> Nevarnost vročinskih krčev	Obkladki / ohlajevalna kopel								
	<input type="checkbox"/> Hipertermija									
	<input type="checkbox"/> Hipotermija	Ogrevanje otroka								
I.V. KANAL	<input type="checkbox"/> Nevarnost izteka tekočine paraven.	Nastavitev / odstranitev i.v. kanala					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			
	<input type="checkbox"/> Nevarnost nastanka flebitisa	Prebrizgavanje i.v. kanala								
	<input type="checkbox"/> DRUGO	Prevez i.v. kanala								
		Kontrola vbodnega mesta								
			Podpis, ura				Podpis, ura	Podpis, ura	Podpis, ura	