

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

Nazwisko i imię (inicjały): _____ Wiek:

Data przyjęcia do szpitala: _____ Tryb przyjęcia: ☐ planowy ☐ pilny

Rozpoznanie lekarskie:

.....

Pobyt w szpitalu: ☐ pierwszy ☐ kolejny (który?) _____

Reakcja pacjenta na hospitalizację:

.....

Zawód wykonywany: _____

Czy wykonywana praca miała wpływ na aktualny stan zdrowia: ☐ tak ☐ nie

Przyzwyczajenia, upodobania:

Sen: _____

Odżywianie (rodzaj diety): _____

Używki:

alkohol _____ (ile? jak często?) _____

tytoń _____ (ile?) inne _____ (co? ile?) _____

Sprzęt pomocniczy: _____

Wiedza na temat swojego stanu zdrowia:

	Ocena bardzo dobra	Średnia	Słaba
Rozumienie	☐	☐	☐
Zapamiętywanie	☐	☐	☐
Przypominanie	☐	☐	☐
Myślenie logiczne	☐	☐	☐

Skala Norton (ocena ryzyka powstania odleżyn):

Stan fizyczny	Stan psychiczny / świadomość	Aktywność fizyczna	Stopień samodzielności przy poruszaniu	Nietrzymanie moczu / kału
Dobry (4)	Pełna (4)	Chodzi samodzielnie (4)	Pełny (4)	Nie występuje (4)
Dość dobry (3)	Apatia (3)	Chodzi z pomocą (3)	Lekko ograniczony (3)	Sporadycznie (3)
Zły (2)	Zaburzona (2)	Siedzi (2)	Bardzo ograniczony (2)	Nietrzymanie moczu (2)
Bardzo zły (1)	Śpiączka (1)	Brak (1)	Brak (1)	Nietrzymanie moczu i kału (1)

Wynik.....

Wynik poniżej 14 pkt wskazuje na zagrożenie powstania odleżyn:

Skrócona skala ryzyka upadku (skala Tinetti):

Czynność	Bez pomocy	Z pomocą urządzeń	Z pomocą drugiej osoby
Zmiana pozycji z siedzącej na stojącą	☐	☐	☐
Utrzymanie pozycji stojącej przez 5 sekund	☐	☐	☐
Przejście 3 metrów	☐	☐	☐
Obrót o 180 stopni	☐	☐	☐
Przyjęcie pozycji siedzącej	☐	☐	☐

Ryzyko upadku: ☐minimalne ☐średnie ☐duże

SAMPLE – szczegółowy wywiad:

S – Symptomy (objawy, samopoczucie, dolegliwości)	Objawy: Kiedy się pojawiły? Jakie jest ich nasilenie?
A – Alergie (uczulenia)	Uczulenia (na pokarmy, leki, inne):
M – Medykamenty (stosowane leki i suplementy)	Leki przyjmowane na stałe: Leki przyjęte dzisiaj (jakie, ile, kiedy):

P – Przebyte choroby i operacje/wypadki	Choroby (kiedy wystąpiły, długość trwania): Przebyte operacje: Wypadki powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu:
L – Lunch (ostatni posiłek/płyny)	Ostatni posiłek/płyny: Kiedy jadł/pił? Co jadł/pił?
E – Ewentualna kolejność wydarzeń	Co się stało? Charakter zdarzenia, tryb przyjęcia w oddział:

Karta obserwacji pacjenta

Parametry życiowe,
pomiar
antropometryczne

HR:

RR:

Temperatura ciała:

Liczba oddechów:

Saturacja:

Masa ciała:

Wysokość ciała:

BMI:

Obwód pasa:

Obwód bioder:

WHR:

Uwagi/wnioski

Układ oddechowy

Oddech:

- ☐ prawidłowy
- ☐ przyspieszony
- ☐ zwolniony
- ☐ spłycony
- ☐ stridor
- ☐ pogłębiony
- ☐ przez nos
- ☐ przez usta

Plwocina:

- ☐ śluzowa
- ☐ pienista
- ☐ ropna
- ☐ krwista
- ☐ brak

Kaszel:

- ☐ suchy
- ☐ mokry
- ☐ stały
- ☐ napadowy

Uwagi/wnioski

	<u>Duszność:</u> ☐ spoczynkowa ☐ ortopnoe ☐ wysiłkowa ☐ napadowa ☐ brak	
Układ krążenia	<u>Tętno:</u> ☐ prawidłowe ☐ niemiernie ☐ bradykardia ☐ tachykardia <u>CTK:</u> ☐ prawidłowe ☐ nieprawidłowe <u>Perfuzja obwodowa:</u> ☐ prawidłowa ☐ zaburzona ☐ „zimny pot” ☐ ochłodzenie obwodowe ☐ skóra marmurkowa ☐ sinica obwodowa <u>Obrzęki:</u> ☐ uogólnione ☐ miejscowe ☐ stałe ☐ okresowe <u>Omdlenia:</u> ☐ tak ☐ nie	<u>Uwagi/wnioski</u>
Układ pokarmowy	<u>Ciężar ciała:</u> ☐ prawidłowy ☐ niedożywienie ☐ niedowaga ☐ nadwaga ☐ otyłość <u>Jama ustna:</u> ☐ owrzodzenia ☐ pleśniawki/afty ☐ język obłożony ☐ inne	<u>Uwagi/wnioski</u>

Apetyt:

- ☐ prawidłowy
- ☐ wzmożony
- ☐ zmniejszony

Pragnienie:

- ☐ prawidłowe
- ☐ wzmożone
- ☐ zmniejszone

Wydalanie:

- ☐ prawidłowe
- ☐ zaparcia
- ☐ biegunka

Dolegliwości:

- ☐ trudności w połykaniu
- ☐ zgaga
- ☐ odbijanie
- ☐ nudności/wymioty
- ☐ wzdęcia brzucha
- ☐ nieprzyjemny zapach z ust
- ☐ inne

Układ moczowo -
płciowy

Diureza:

- ☐ norma
- ☐ wielomocz
- ☐ skąpomocz
- ☐ bezmocz

Uwagi/wnioski

Trudności w oddawaniu moczu:

- ☐ utrudniony odpływ
- ☐ ból podczas mikcji
- ☐ nietrzymanie moczu

Dotyczy kobiet:

Cykl miesięczny:

- ☐ regularny
- ☐ nieregularny
- ☐ brak

Krwawienie miesięczne:

- ☐ bolesne
- ☐ niebolesne
- ☐ obfite
- ☐ norma

Data ostatniej miesiączki:

Układ mięśniowo -
szkieletowy

Poruszanie się:

- ☐ samodzielne
- ☐ ograniczone
- ☐ osoba leżąca

Ruchomość w stawach:

- ☐ pełna
- ☐ ograniczona

Sprawność fizyczna:

- ☐ pełna
- ☐ ograniczona
- ☐ całkowita niesprawność

Postawa ciała:

- ☐ prawidłowa
- ☐ nieprawidłowa
- ☐ osoba leżąca

Obrzęki:

- ☐ tak
- ☐ nie

Inne dolegliwości:

Inne obserwacje
istotne dla procesu
pielęgnowania

Wzrok:

- ☐ prawidłowy
- ☐ niedowidzenie
- ☐ ślepotą
- ☐ inne

Słuch:

- ☐ prawidłowy
- ☐ niedosłyszenie
- ☐ głuchota
- ☐ inne

Mowa:

- ☐ prawidłowa
- ☐ ograniczona
- ☐ afazja

Skóra:

- ☐ czysta
- ☐ brudna
- ☐ sucha
- ☐ wilgotna
- ☐ biała

Uwagi/wnioski

Uwagi/wnioski

- ☐ uszkodzona
- ☐ zaczerwieniona
- ☐ inna

Odleżyny:

- ☐ tak – miejsca występowania/od
jakiego czasu

- ☐ nie
 - ☐ zwiększone ryzyko wystąpienia
- Ocena ryzyka odleżyn wg skali
Norton:

Dolegliwości bólowe

Skala bólu (0–10):

0 – bez bólu 2 – ból łagodny 4 – umiarkowany 6 – silny
8 – bardzo silny 10 – nie do zniesienia

Miejsce występowania dolegliwości:

Charakter bólu:

Ocena pacjenta: _____ / 10

**Proces pielęgnowania – wnioskując z danych zebranych na temat chorego
wskaż najważniejszy problem/problemy pielęgnacyjny(ne)**

Diagnoza

Cel

Interwencje

Ewaluacja

SBAR – wg protokołu przekaz informacje o chorym

S – Sytuacja	Co się dzieje? Jaka jest sytuacja, o której informujesz?
B – Tło	Jaki jest kontekst lub tło tej sytuacji?
A – Ocena	Na czym polega problem? Jakie są Twoje przypuszczenia dotyczące jego przyczyn?

R – Rekomendacja	Jakie kroki lub działania należy podjąć dalej?
------------------	--

DATA I PODPIS STUDENTKI/STUDENTA: _____

Arkusz oceny pracy studenta

Przedmiot: Pielęgniarstwo internistyczne – zajęcia praktyczne

Imię i nazwisko studenta:

Data:

Grupa:

I. Ocena merytoryczna (0–5 pkt za każdą kategorię)

Kategoria	Opis kryteriów oceny	Punkty (0–5)	Uwagi nauczyciela
Kompletność wywiadu	Wszystkie części formularza wypełnione, dane dokładne i logicznie powiązane.		
Trafność diagnoz pielęgniarских	Diagnozy adekwatne do zebranego materiału, poprawnie sformułowane.		
Cele i interwencje pielęgniarские	Cele realistyczne i konkretne; interwencje adekwatne.		
Ewaluacja	Oceniono efekty działań, zachowano spójność z diagnozami i celami.		
Zastosowanie protokołu SBAR	Logiczne, klarowne i zwięzłe przekazanie informacji o pacjencie.		
Poprawność językowa i estetyka opracowania	Język profesjonalny, zapis czytelny, bez błędów formalnych.		

Suma punktów: / 30 pkt

Ocena:

Kryteria oceny wg. UJK w Kielcach

0 – 60%	ocena 2,0	liczba punktów 0 - 17
61-68 %	 3,0	liczba punktów 18 – 20
69-76%	 3,5	liczba punktów 21 - 23
77-84%	 4,0	liczba punktów 24 - 25
85-92%	4,5	liczba punktów 26 - 28
93-100%	 5,0	liczba punktów 29 - 30

