



**SESTERSKÁ DOKUMENTACE
VOŠZ a SZŠ TRUTNOV
ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT**

Jméno žáka (žákyně) **Třída**
Oddělení **Pokoj/ lůžko**
Datum

Iniciály klienta..... věk..... pojišťovna..... stav.....
povolání..... bydliště (název obce, města).....
sociální zázemí : byt rodinný dům DD DPS bydlí sám s rodinou
 schody výtah bezbariérový přístup jiné -

Je klient informován o nemoci ANO NE ČÁSTEČNĚ
o léčbě ANO NE ČÁSTEČNĚ
o dietě ANO NE ČÁSTEČNĚ
o vyšetřeních ANO NE ČÁSTEČNĚ

Datum příjmu..... den hospitalizace..... pooperační den.....
Je klient hospitalizován na tomto oddělení poprvé? ANO NE

Lékařská dg. při přijetí.....
.....
.....
.....
.....

Plánovaná vyšetření

.....
.....
.....
.....

Terapie (název léku, dávka, forma, dávkování, způsob podání, léková skupina):
(př. Anopyrin 100mg tbl. 1-0-1 p.o. antiagregancium)

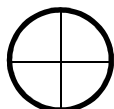
.....
.....
.....
.....
.....

reakce očekávaná, přiměřená alergická jiná

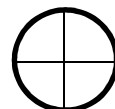
Dietní režim před hospitalizací..... současný.....

Dyspepsie Nechutenství Nausea Zvracení

Snídaně



Oběd



zakreslete množství
stravy

Příjem tekutin: snížit příjem zvýšit příjem bez omezení

Příjem tekutin...../ výuku výdej tekutin...../ výuku

Jiný způsob výživy: PEG (gastrostomie) nasogastr.sonda

Mobilita

- úplná
- částečně omezená
- velmi omezená
- žádná

Aktivita

- chodí
- chodí s doprovodem
- chodítko
- vozík
- vysazuje se do křesla
- sedí v lůžku, DK z lůžka
- leží

Pohybový režim

- berle
- hůl

Soběstačnost

vyžaduje pomoc při:

- | | | | |
|----------------|------------------------------|--|---|
| vstávání | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> nevstává |
| chůzi | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> nechodí |
| příjmu potravy | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> donést stravu k lůžku | |
| | | <input type="checkbox"/> nakrájet, namazat | |
| | | <input type="checkbox"/> nakrmit | |
| hygieně | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> připravit pomůcky | <input type="checkbox"/> pomoc s hygienou |
| vyprazdňování | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | |
| oblékání | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | |

Somatický stav

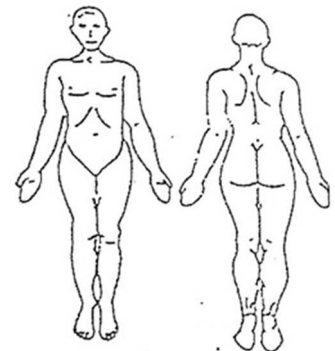
Stav pokožky a sliznic

- normální
- alergie
- vlhká
- suchá
- bledá
- červená
- defekty

dekubitus

ANO NE *zakreslete lokalitu dekubitu*

- zčervenání
- puchýř
- poškození kůže
- hluboké pošk.tkáně
- dekubitus na kost
- nekróza
- sekret



Stav nehtů.....

Bandáže DK do třísel DK pod kolena HK

Převazy ANO NE Jaké

Operační rána NE ANO lokalita

Stav rány klidná, neprosakuje prosakuje - barva sekretu

Způsob ošetření

Drény, drenáže – jaké, kde

Množství a vzhled sekretu

Stomie NE ANO Jaká.....

Ošetřování

Imobilizační obvaz NE ANO

jaký kde

Extenze NE ANO

Kanylace žil NE ANO Jaká
Datum zavedení

Celkový stav otoky obezita
 dehydratace opruzeniny
 krvácení..... kachexie
 hematomy (kde).....
 jiné.....

Hmotnostkg Výška.....cm

Fyziologické funkce

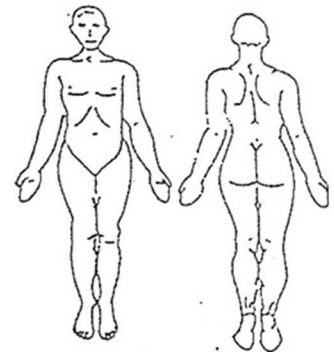
TK..... P..... TT..... D (kvalita).....
dušnost ANO NE závislost na O2 ANO NE

Menstruace ANO NE MENOPAUSA antikoncepce ANO NE
Jaká

Bolest

Charakter tupá neuralgická tahavá
 bodavá neurčitá vystřelující
 křečovitá svíravá

Lokalita povrchová
 útrobní
zakreslete lokalitu do schématu



Intenzita nesnesitelná krutá silná krutá nepříjemná mírná žádná

Působení na bolest
.....

Rehabilitace ANO NE
Jaká
.....

Alergie ANO NE na co.....
.....

Spánek kvalitní noční probouzení spánková inverze porucha usínání
 brzké probouzení jiné problémy
Spánkové návyky
.....

Smyslové vady

Oči porucha zraku brýle na dálku brýle na čtení kontaktní čočky slepota
.....

Uši porucha sluchu naslouchátka hluchota sekret

Komunikace:

bez omezení řeč plynulá řeč narušená (jak).....

Afázie motorická senzorická smíšená

Dutina ústní protéza ragády povlaky

Jiné poruchy, problémy (protéza, trvalý kardiostimulátor...).....
.....

Vyprazdňování

Mikce samostatně inkontinence
 na podl. míse inkontinence pouze občas
 pojízdné WC
 močová láhev
 příměsi

potíže při močení

Pomůcky pro inkontinentní katetr pleny urinal

datum zavedení katetru

Defekace samostatně inkontinence
 na podl. míse inkontinence pouze občas
 pojízdné WC
 pleny
 příměsi

pravidelně zácpa průjem – četnost

datum poslední stolice

Psychický stav

Stav vědomí orientovaný Schopnost spolupráce úplná
 apatický částečně omezená
 zmatený velmi omezená
 neklidný žádná
 bezvědomí

Kouření ANO NE počet kusů za den

Zájmy klienta

Poznámky