

Data	Sprawozdanie o stanie chorego - bieżąca ocena działań pielęgniarских / położniczych	Podpis i pieczętka pielęgniarki / położnej

HISTORIA PIELEGNOWANIA			
ODDZIAŁ		DATA PRZYJĘCIA PACJENTA	Nr HCH
.....	
NAZWISKO		IMIONA	PESEL
.....	
ADRES ZAMIESZKANIA			WIEK
.....		
ROZPOZNANIE LEKARSKIE/WSTĘPNE/			
.....			
SPRZĘT POMOCNICZY			
.....			
.....			
SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA			
OCENA STANU PSYCHICZNEGO PACJENTA			
	Samodzielny	Ograniczony	Zależny
Kontakt słowny	Rzeczowy <input type="checkbox"/>	Ograniczony <input type="checkbox"/>	Bez kontaktu <input type="checkbox"/>
Mowa	Wyraźna <input type="checkbox"/>	Niewyraźna <input type="checkbox"/>	Afazja <input type="checkbox"/>
Zachowanie	Spokojny <input type="checkbox"/>	Lękliwy <input type="checkbox"/>	Pobudzony, Agresja <input type="checkbox"/>
Nastroj	Pogodny <input type="checkbox"/>	Obniżony <input type="checkbox"/>	Depresja <input type="checkbox"/>
Pamięć i orientacja w sprawach zdrowia	Bez zaburzeń, nadąża za podaną informacją <input type="checkbox"/>	Trudności, słaba orientacja <input type="checkbox"/>	Luki pamięciowe, nie ma orientacji w sprawach zdrowia <input type="checkbox"/>
PACJENTKA ZOSTAŁA ZAPOZNANA Z:			
<input type="checkbox"/> Kartą Praw Pacjenta			
<input type="checkbox"/> Regulaminem oddziału			
<input type="checkbox"/> Topografią oddziału			
Data i podpis pacjenta			
.....			



Oddział

KARTA OBSERWACJI WKŁUĆ OBWODOWYCH

Imię nazwisko pacjenta

Pesel

[illegible]

Identyfikacja podpisu (pieczętka):

INDYWIDUALNA KARTA ZLECENIA LEKARSKIEGO

Oddział
Nr sali

Nazwisko i imię..... wiek.....

[illegible]