

POROČILO SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE

Ime in priimek pacienta: _____

Rojstni podatki pacienta: _____

Datum priprave poročila: _____

Znane alergije: **NE** **DA:** _____

Prijetnost okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo: **NE** **NI ZNANO** **DA:** _____

DIHANJE

brez posebnosti odstopanja _____ uporaba MP _____

RR _____ P _____ SpO2 _____ temp. _____

Potrebna aplikacija O2 **DA** _____ litrov/minuto **NE**

Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

PREHRANJEVANJE IN PITJE

brez posebnosti odstopanja _____

Nazogastrična sonda **DA** – zadnja menjava _____ **NE**

Perkutana gastrostoma **DA** – zadnja menjava _____ **NE**

Višina: _____ cm Telesna teža: _____ kg

BMI

Podhranjenost do 19,9 Normalna teža 20–24,9 Debelost 1. stopnje 25–29,9

Debelost 2. stopnje 30–39,9 Debelost 3. stopnje nad 40

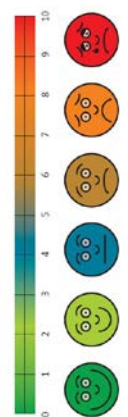
Dieta: _____

Omejitev tekočin: _____

Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

PRISOTNOST BOLEČINE

NE **DA** → VAS _____ OPIS BOLEČINE (lokacija, kdaj se pojavi ipd.): _____



Lesnica: jakobni bolečine po skali VAS 0-10

STANJE ZAVESTI

kvantitativne motnje zavesti (brez posebnosti somnolenca sopor koma drugo: _____)

kvalitativne motnje zavesti (brez posebnosti zmedenost delirantno stanje drugo: _____)

Druge posebnosti oziroma opozorila službe zdravstvene nege:

Poročilo službe zdravstvene nege pripravil: _____ (ime in priimek diplomirane medicinske sestre) _____ (podpis)

Kontaktna telefonska številka bolnišničnega oddelka ali oddelka izvajalca medicinske rehabilitacije z namestitvijo na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, kjer je bil pacient obravnavan: _____

IZLOČANJE IN ODVAJANJE
 brez posebnosti odstopanja Pripomoček za inkontinenco: _____
 Prisotnost stalnega urinskega katetra DA – datum menjave: _____ NE
 Datum zadnjega odvajanja blata: _____
 Prisotnost izločalne stome DA – datum menjave podloge: _____ NE
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

GIBANJE
 Samostojno pomičen Pomičen s pomočjo druge osebe Pomičen s pomočjo MP: _____
 Nepomičen
 Drugo: _____

Norton lestvica				
TELESNA KONDICIJA	DUŠEVNO STANJE	AKTIVNOST	POMIČNOST	INKONTINENCA
<input type="checkbox"/> 4 dobra <input type="checkbox"/> 3 zadovoljiva <input type="checkbox"/> 2 slaba <input type="checkbox"/> 1 zelo slaba	<input type="checkbox"/> 4 zavestni <input type="checkbox"/> 3 apatičen <input type="checkbox"/> 2 zmeden <input type="checkbox"/> 1 nezavestni	<input type="checkbox"/> 4 hodi <input type="checkbox"/> 3 hodi s pomočjo <input type="checkbox"/> 2 na vozčku <input type="checkbox"/> 1 nepomičen	<input type="checkbox"/> 4 dobra <input type="checkbox"/> 3 delno omejena <input type="checkbox"/> 2 zelo omejena <input type="checkbox"/> 1 nepomičen	<input type="checkbox"/> 4 suh <input type="checkbox"/> 3 občasno mokri <input type="checkbox"/> 2 inkontinenca urina <input type="checkbox"/> 1 inkontinenca urina in blata

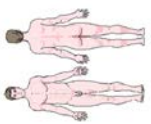
Skupni seštevek točk: _____ (14-ogroženost, 12-kritična meja)

Ocena tveganja za padec po Morsejini lestvici: _____
 ni tveganja (0–24 točk) srednje tveganje (25–50 točk) visoko tveganje (51 in več točk)

Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

SPANJE IN POČITEK
 brez posebnosti odstopanja
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

OBLAČENJE IN SLAČENJE
 brez posebnosti odstopanja
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

PRISOTNOST RAN
 Vrsta rane: _____
 Opis rane: _____
 Oskrba rane: _____
 Material za oskrbo rane: _____ Menjjava dne: _____
 Označite lokacijo rane 

TELESNA TEMPERATURA
 brez posebnosti odstopanja
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST
 brez posebnosti odstopanja
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

ZAGOTAVLJANJE VARNEGA OKOLJA
 brez posebnosti odstopanja
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

KOMUNIKACIJA
 GOVOR brez posebnosti odstopanja uporaba MP
 SLUH brez posebnosti odstopanja uporaba MP
 VID brez posebnosti odstopanja uporaba MP
 Druge posebnosti: _____
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

KORISTNO DELO, RAZVEDRILLO, REKREACIJA
 Navade: _____
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

IZRAŽANJE ČUSTEV, OBČUTKOV, POTREB, VERSKIH ČUSTEV
 Navade: _____
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

UČENJE IN PRIDOBIVANJE NOVEGA ZNANJA
 Potrebne aktivnosti zdravstvene nege: _____

Poročilo službe delovne terapije:

Poročilo službe fizioterapije:

Predlagane nadaljnje aktivnosti:

Doseženo število točk Lestvica funkcijske neodvisnosti ob odpustu: _____
