

INDYWIDUALNA KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Imię i nazwisko pacjenta, wiek

Nr historii choroby, sala

Rozpoznanie

Wywiad pielęgniarski w dniu przyjęcia i ustalenie rodzaju opieki*

Wzrok:

pacjent
widzący ☐

pacjent słabo
widzący ☐

pacjent
niewidzący ☐

Sprawność ruchowa:

pacjent w pełni
sprawny ☐

pacjent sprawny
z ograniczeniem ☐

pacjent
niesprawny ☐

Powłoki skórne:

czyste ☐

ze zmianami ☐

Choroby współistniejące:

1

2

3

4

5

6

Żywienie:

dieta podstawowa ☐

dieta cukrzycowa ☐

dieta wątrobowa ☐

dieta inna
(poniżej podać rodzaj diety) ☐

Rodzaj opieki:

opieka
minimalna ☐

opieka
umiarkowana ☐

opieka
wzmoczona ☐

* Zaznaczyć „X” we właściwym miejscu

