

IZVJEŠĆE/PLAN PATRONAŽNE SESTRE (POČETAK ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI OSIGURANE OSOBE)

 Šifra ustanove

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Osigurana osoba	Datum rođenja	Adresa Tel.:
Skrbnik	Srodstvo	Adresa skrbnika Tel.:

SOCIJALNI STATUS OSIGURANE OSOBE

Živi sama	DA	NE	Socijalno stanje	Tko joj pruža pomoć:	U skrb su do sada uključeni:
Živi sa:			<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Djeca <input type="checkbox"/> Brat-sestra <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Nitko	<input type="checkbox"/> Nefitna organizacija _____ <input type="checkbox"/> Dostava hrane iz _____ <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koju sam plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Nitko
Koji oblik zdravstvene njega članovi kućanstva osigurane osobe ne mogu pružiti:					

UTVRĐIVANJE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI

Opće stanje	Stanje svijesti	Aktivnost	Pokretnost	Inkontinencija	Prehrana	Unos tekućine	
<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input type="checkbox"/> Odmah reagira <input type="checkbox"/> Apatična, zbunjena <input type="checkbox"/> Bez reakcije na podražaj <input type="checkbox"/> U komi	<input type="checkbox"/> Pokretna <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> U kolicima <input type="checkbox"/> U krevetu	<input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	Urin: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Stolica: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Osrednja <input type="checkbox"/> Slaba <input type="checkbox"/> Ne jede	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije
Dekubitus DA NE		Druge rane DA NE			Specijalne potrebe		
Lokacija: Stupanj: Veličina: Procjena rizika po Norton skali:		Tip rane: Lokacija: Veličina: Starost rane: Kratak opis:			<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonealna dijaliza <input type="checkbox"/> Pomagalo za respiratorni sustav <input type="checkbox"/> Pomagalo za urogenitalni sustav <input type="checkbox"/> Drugo _____		
Da li se radi o nastavku bolničke zdravstvene njega DA NE							
Hospitalizirana u _____ od _____ do _____							

PREPORUČENI PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

Plan sestričkih postupaka/ Koliko puta tjedno/ Koliko tjedana

POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

<input type="checkbox"/> Previjanje, toaleta rane <input type="checkbox"/> Inkontinencija <input type="checkbox"/> Retencija urina <input type="checkbox"/> Klizma <input type="checkbox"/> Njega stome <input type="checkbox"/> Njega kanile <input type="checkbox"/> Hranjenje na sondu <input type="checkbox"/> Drugo: _____	Opis materijala
--	-----------------

VREDNOVANJE PROVEDENE ZDRAVSTVENE NJEGE

Planirano dana

Datum prijedloga: _____

Patronažna med. sestra _____