

**Obr. Ošetrovateľská anamnéza vstupného posúdenia – Neurologická klinika UNM v Martine**

**OŠETROVATEĽSKÁ ANAMNÉZA**

Meno a priezvisko :	zdravotná poisťovňa :	stav :				
Rodné číslo :						
Trvalý pobyt :	telef. č. :					
Najbližší príbuzný :						
Lekárska diagnóza :						
Dátum a čas prijatia :						
Alergická anamnéza :						
Údaje získané :	<input type="checkbox"/> z fyzikálneho vyšetrenia	<input type="checkbox"/> zdravotná dokumentácia	<input type="checkbox"/> od príbuzných			
Potreba edukácie :	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie				
Prijem :	<input type="checkbox"/> akútny	<input type="checkbox"/> plánovaný	<input type="checkbox"/> ZZS	<input type="checkbox"/> preložený odkiaľ :		
Stav vedomia :	<input type="checkbox"/> pri vedomí	<input type="checkbox"/> porucha vedomia				
Orientácia :	<input type="checkbox"/> plne orientovaný	<input type="checkbox"/> čiastočne orientovaný	<input type="checkbox"/> dezorientovaný:	<input type="checkbox"/> v osobe	<input type="checkbox"/> v čase	<input type="checkbox"/> v priestore
Mobilita :	<input type="checkbox"/> mobilný	<input type="checkbox"/> čiastočne mobilný	<input type="checkbox"/> imobilný			
	<input type="checkbox"/> kompenzačné pomôcky	<input type="checkbox"/> barla 1. 2.	<input type="checkbox"/> vozík	<input type="checkbox"/> chodítko		
Vitálne funkcie : TK :	P :	D :	TT :	zrenice :	<input type="checkbox"/> izokoria	<input type="checkbox"/> anizokoria
Hmotnosť :	Výška :	IBMI :	Fajčenie :	<input type="checkbox"/>	Alkohol :	<input type="checkbox"/>

**DÝCHANIE**

<input type="checkbox"/> UPV	kanyla :	<input type="checkbox"/> ETK	veľ/deň	<input type="checkbox"/> TSK	číslo/deň		
<input type="checkbox"/> spontánne	<input type="checkbox"/> pravidelné	<input type="checkbox"/> nepravidelné	<input type="checkbox"/> dyspnoe/	<input type="checkbox"/> namáhové	<input type="checkbox"/> kľudové /	<input type="checkbox"/> kašeľ	<input type="checkbox"/> spútum
<input type="checkbox"/> oxygenoterapia	l/min.	<input type="checkbox"/> nebulizácia	<input type="checkbox"/> odsávanie				

**VÝŽIVA**

<input type="checkbox"/> enterálna výživa	diéta č.	<input type="checkbox"/> samostatne	<input type="checkbox"/> úprava stravy	<input type="checkbox"/> s pomocou	<input type="checkbox"/> kŕmenie
<input type="checkbox"/> parenterálna výživa	<input type="checkbox"/> periférny venózný katéter	deň :	<input type="checkbox"/> centrálny venózný katéter	deň :	
Sonda :	<input type="checkbox"/> nazogastrická	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> porucha prehĺtania:	<input type="checkbox"/> tekutiny	<input type="checkbox"/> tuhé

**VYPRAZDŇOVANIE**

Močenie :	<input type="checkbox"/> kontinentný	<input type="checkbox"/> inkontinentný	<input type="checkbox"/> urostómia	<input type="checkbox"/> PK číslo/deň	<input type="checkbox"/> problémy: aké :		
Stolica :	<input type="checkbox"/> kontinentný	<input type="checkbox"/> inkontinentný	<input type="checkbox"/> pravidelná	<input type="checkbox"/> nepravidelná	<input type="checkbox"/> hnačka	<input type="checkbox"/> zápcha	<input type="checkbox"/> regulácia stolice
Posledná stolica:	stómia :	<input type="checkbox"/> kolostómia	<input type="checkbox"/> ileostómia	<input type="checkbox"/> ošetr. sám	<input type="checkbox"/> ošetr. s pomocou		

**SPÁNOK A BOLEŠŤ**

Spánok :	<input type="checkbox"/> bez problémov	<input type="checkbox"/> ťažkosti pri zaspávaní	<input type="checkbox"/> zmenený rytmus	<input type="checkbox"/> časté budenie	
Lieky :	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno			
Bolesť :	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> akútne	<input type="checkbox"/> chronická	
Lokalizácia :			Charakter :		
Charakter :	<input type="checkbox"/> tupá	<input type="checkbox"/> ostrá	<input type="checkbox"/> pálivá	<input type="checkbox"/> pulzujúca	<input type="checkbox"/> iná

**KOŽA**

<input type="checkbox"/> teplá	<input type="checkbox"/> studená	<input type="checkbox"/> suchá	<input type="checkbox"/> vlhká	<input type="checkbox"/> ikterická	<input type="checkbox"/> cyanotická	<input type="checkbox"/> vyrážky
turgor kože:	<input type="checkbox"/> primeraný	<input type="checkbox"/> znížený	<input type="checkbox"/> zvýšený			
<input type="checkbox"/> Narušená celistvosť :	lokalizácia :					
<input type="checkbox"/> Opuch :	lokalizácia :					
<input type="checkbox"/> Dekubit :	lokalizácia / veľkosť :					
<input type="checkbox"/> ulcus lokalizácia						
<input type="checkbox"/> Hygienická starostlivosť :	<input type="checkbox"/> sebestačný	<input type="checkbox"/> čiastočne sebestačný	<input type="checkbox"/> nesebestačný			

**HYGIENA PRI PRIJATÍ**

Koža :	<input type="checkbox"/> čistá	<input type="checkbox"/> špinavá	Vlasy :	<input type="checkbox"/> čisté	<input type="checkbox"/> špinavé	Nechty :	<input type="checkbox"/> čisté	<input type="checkbox"/> špinavé	<input type="checkbox"/> dlhé
Ústna dutina:	<input type="checkbox"/> čistá	<input type="checkbox"/> zanedbaná	Zubná protéza :	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> neúplný chrup	<input type="checkbox"/> povlaky	<input type="checkbox"/> zápach	

**ZMYSLY A PSYCHICKÝ STAV**

Zrak :	<input type="checkbox"/> v norme	<input type="checkbox"/> zhoršený	<input type="checkbox"/> kompenzačné prostriedky	<input type="checkbox"/> spolupracuje	<input type="checkbox"/> kľudný
Sluch :	<input type="checkbox"/> v norme	<input type="checkbox"/> zhoršený	<input type="checkbox"/> kompenzačné prostriedky	<input type="checkbox"/> nespupracuje	<input type="checkbox"/> rozrušený
Komunikácia :	<input type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> sťažená	<input type="checkbox"/> nemožná	<input type="checkbox"/> zmätený	

**Pacient (doprovod) odovzdal :**

<input type="checkbox"/> občiansky preukaz	<input type="checkbox"/> preukaz poistenca	<input type="checkbox"/> zdravotná karta	<input type="checkbox"/> PN
<input type="checkbox"/> peňažné dávky	<input type="checkbox"/> lekárska správa	<input type="checkbox"/> kompen. pomôcky	<input type="checkbox"/> CD .....ks
<input type="checkbox"/> lieky	<input type="checkbox"/> osobné veci	<input type="checkbox"/> sesterská správa	<input type="checkbox"/> snímky .....ks

Pacient (zákonný zástupca) je poučený o ošetrovateľskej starostlivosti a o ďalšom ošetrovateľskom postupe.

.....  
dátum

.....  
podpis pacienta (zák.zástupcu)

.....  
podpis sestry