


IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA		 <small>Dawniej Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie</small> VINCENT POL UNIVERSITY IN LUBLIN	
GRUPA STUDENCKA			
SEMESTR	DATA		

KWESTIONARIUSZ WYWIADU PIEŁĘGNIARSKIEGO

proszę nie zostawiać pustych pól (preferowane są zapisy: brak, nie dotyczy, pacjent nie udzielił informacji itp.)

NAZWA INSTYTUCJI					
ODDZIAŁ					
NUMER SALI					
PŁEĆ	K <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	WIEK		
WYKSZTAŁCENIE	podstawowe <input type="checkbox"/>	gimnazjalne <input type="checkbox"/>	zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/>	średnie <input type="checkbox"/>	wyższe <input type="checkbox"/>
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	miasto <input type="checkbox"/>		wieś <input type="checkbox"/>		
WZROST			MASA CIAŁA		
BMI			prawidłowe <input type="checkbox"/>	nieprawidłowe <input type="checkbox"/>	
NALEŻNA MASA CIAŁA					
WYDANIE OPASKI IDENTYFIKACYJNEJ	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>			
	podpis				

HOSPITALIZACJA			
TRYB PRZYJĘCIA	planowy <input type="checkbox"/>	nagły <input type="checkbox"/>	Pacjent przeniesiony z oddziału:
POBYT W SZPITALU	pierwszy <input type="checkbox"/>	kolejny <input type="checkbox"/>	Który?.....
DOBA HOSPITALIZACJI			
JEDNOSTKA CHOROBY			
ROZPOZNANIE LEKARSKIE			
CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE			
ALERGIE/UCZULENIA + OBJAWY			
PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŻNE			
ZAKAŻENIA WZW	typu B <input type="checkbox"/>	typu C <input type="checkbox"/>	
ZAKAŻENIE HIV	TAK <input type="checkbox"/>		
SZCZEPIENIA OCHRONNE	grypa <input type="checkbox"/>	WZW Typu B <input type="checkbox"/>	Tężec <input type="checkbox"/>
INNE SZCZEPIENIA			
ZABIEG OPERACYJNY	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	DOBA PO ZABIEGU OPERACYJNYM
RODZAJ ZABIEGU OPERACYJNEGO			

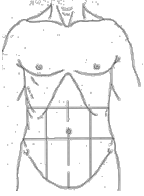
2. UKŁAD ODDECHOWY

SZTUCZNE DROGI ODDECHOWE	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ RODZAJ			
SYMETRIA RUCHÓW KLATKI PIERSIOWEJ	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	JEŚLI NIE, PROSZĘ PODAĆ OKOLICĘ ASYMETRII			
TOR ODDYCHANIA	Piersiowy <input type="checkbox"/> Brzuszny <input type="checkbox"/>	OCENA ODDECHU	CZĘSTOTLIWOŚĆ	RYTM	GŁĘBOKOŚĆ P – prawidłowa NieP – nieprawidłowa
OSŁUCHIWANIE			CECHY		
<i>szmery</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		Bez wysiłku <input type="checkbox"/>	Niestyszalny <input type="checkbox"/>	Bezwonny <input type="checkbox"/>
<i>świsty i firczenia</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		KOLEJNOŚĆ FAZ ODDYCHANIA		
<i>rzężenia wilgotne</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		prawidłowa <input type="checkbox"/>		nieprawidłowa <input type="checkbox"/>
<i>trzeszczenia</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		INNE		
<i>rzężenia</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	ZALEGANIE WYDZIELINY	DUSZNOŚĆ	KATAR	
<i>tarcie osłuchowe</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	
<i>kaszel</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Odsztuczanie samodzielne <input type="checkbox"/>	wysiłkowa <input type="checkbox"/>	suchy <input type="checkbox"/>	
<i>chrypka</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Trudności w odszuczaniu <input type="checkbox"/> Charakter płwociny Ropny <input type="checkbox"/> Śluzowo – ropny <input type="checkbox"/>	spoczynkowa <input type="checkbox"/>	wilgotny <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/>	

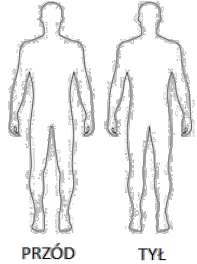
3. UKŁAD MOCZOWO – PŁCIOWY

DIUREZA	BRAK <input type="checkbox"/> OBECNA <input type="checkbox"/>	ZABURZENIA DIUREZY		PATOLOGIE W MOCZU	
CEWNIKOWANIE	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Oliguria <input type="checkbox"/> Nykturia <input type="checkbox"/> Dysuria <input type="checkbox"/> Anuria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/>		Pyuria <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/>	
DATA ZAŁOŻENIA					
TYP CEWNIKA					
typ: rozmiar:					
NEFROSTOMIA	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	INNE			
CYKL MENSTRUACYJNY		swędzenie <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/> bolesne parcie <input type="checkbox"/> nietrzymanie moczu <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ <input type="checkbox"/>			
BRAK <input type="checkbox"/> OBECNY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> MENOPAUZA <input type="checkbox"/> REGULARNE CYKLE <input type="checkbox"/> NIEREGULARNE CYKLE <input type="checkbox"/>		CHOROBY NOWOTWOROWE	Nowotwór jajnika <input type="checkbox"/> Nowotwór prostaty <input type="checkbox"/> Nowotwór macicy <input type="checkbox"/> Nowotwór pęcherza moczowego <input type="checkbox"/>		
		INNE:			

4. UKŁAD POKARMOWY

JAMA USTNA		UZĘBIENIE	Proteza całkowita <input type="checkbox"/> Uzębienie własne <input type="checkbox"/> Uzębienie własne częściowe. <input type="checkbox"/> Proteza częściowa <input type="checkbox"/> Brak uzębienia <input type="checkbox"/> Aparat ortodontyczny <input type="checkbox"/>	
<i>owrzodzenia</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>			
<i>afty</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA		
<i>nadżerki przyzębia</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	PALPACJA	Tkliwość powłok brzusznych <input type="checkbox"/> Sztywność powłok brzusznych <input type="checkbox"/> Przewulica skóry <input type="checkbox"/> Przepuklina <input type="checkbox"/> Obecność guzów <input type="checkbox"/>	
<i>nalot na języku (zapalenie grzybicze)</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>			
<i>powiększone migdałki podniebienne</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>			
<i>kserostomia</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>			
<i>halitoza</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	OSŁUCHIWANIE	Ruchy perystaltyczne obecne <input type="checkbox"/> Brak ruchów perystaltycznych <input type="checkbox"/> Ruchy obecne w części kwadrantów <input type="checkbox"/> Perystaltyka leniwa <input type="checkbox"/> Perystaltyka wzmożona <input type="checkbox"/> Szmerzy nad polem tętnic nerkowych <input type="checkbox"/>	
<i>próchnica</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		OPUKIWANIE Odgłos bębnekowy <input type="checkbox"/> Odgłos stłumiony <input type="checkbox"/>	
ODŻYWIANIE			WODOBRZUSZE	
DIETA	Ogólna <input type="checkbox"/>	INNE OBJAWY	Objaw Rowsinga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Lekkostrawna <input type="checkbox"/>		Objaw kaszlowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Wątrobowa <input type="checkbox"/>		Objaw Blumberga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Cukrzycowa <input type="checkbox"/>		Objaw Greya-Turnera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Ograniczona podaż sodu <input type="checkbox"/>		Objaw Murphego <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Papkowata <input type="checkbox"/>		Objaw Chełmońskiego. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Płynna <input type="checkbox"/>		WYMIOTY		
Głodówka <input type="checkbox"/>		ILOŚĆ .....ml Fusowate <input type="checkbox"/> Krwiste <input type="checkbox"/> Przynoszące ulgę <input type="checkbox"/> Nieprzynoszące ulgi <input type="checkbox"/>		
Bogato resztkowa <input type="checkbox"/>		NUDNOŚCI		
Bogato białkowa <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
Przemysłowa <input type="checkbox"/>		ZGAGA		
		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
ŻYWIENIE ENTERALNE		ENTERALNE	ŻYWIENIE PARENTERALNE	
NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>			NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	
		Samodzielnie <input type="checkbox"/> Z pomocą <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Dojelitowo <input type="checkbox"/>	Obwodowe <input type="checkbox"/> Centralne <input type="checkbox"/>	
PRAGNIENIE	BRAK <input type="checkbox"/> OBECNE <input type="checkbox"/>	ŁAKNIENIE		BRAK <input type="checkbox"/> OBECNE <input type="checkbox"/>
PRZYJMOWANE PŁYNY	<100 ml <input type="checkbox"/> 100-500 ml <input type="checkbox"/> 500-1000 ml <input type="checkbox"/> 1000-2000 ml <input type="checkbox"/> >2000 ml <input type="checkbox"/>	WYDALANIE	Prawidłowe <input type="checkbox"/> Biegunka <input type="checkbox"/> Zaparcia <input type="checkbox"/> Wzdęcia <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/> Nietrzymanie stolca <input type="checkbox"/>	
			CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPRÓŻNIEŃ	
		> niż raz dziennie <input type="checkbox"/> 1 raz dziennie <input type="checkbox"/> 1 raz w tygodniu <input type="checkbox"/> 2 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> < niż 1 razy w tygodniu <input type="checkbox"/>		

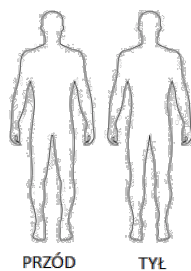
5. UKŁAD MIĘŚNIOWO – SZKIELETOWY

OCENA SPRAWNOŚCI				INNE	
SPOŻYWANIE POSIŁKÓW	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>	CHODZENIE	Nie jest w stanie lub do <50 m <input type="checkbox"/>	NIEDOWŁAD	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 
	Wymaga asysty <input type="checkbox"/>		Niezależny na wózku >50 m <input type="checkbox"/>		
WSTAWANIE I SIADANIE	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>	WCHODZENIE PO SCHODACH	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>		
Wymaga asysty <input type="checkbox"/>	Wymaga asysty <input type="checkbox"/>	Niezależnie <input type="checkbox"/>	Niezależnie <input type="checkbox"/>		
UTRZYMANIE HIGIENY OSOBISTEJ	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>	UBIERANIE SIĘ	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>		
Wymaga asysty <input type="checkbox"/>	Wymaga asysty <input type="checkbox"/>	KONTROLA STOLCA	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>	PORAŻENIE	NIE <input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>
KORZYSTANIE Z TOALETY	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>	Wymaga asysty <input type="checkbox"/>	Sporadycznie <input type="checkbox"/>		
Wymaga asysty <input type="checkbox"/>	Pełna kontrola <input type="checkbox"/>	KONTROLA MIKCCJI	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>	RODZAJ PORAŻENIA	
MYCIE SIĘ I KĄPIEL	Nie jest w stanie <input type="checkbox"/>	Wymaga asysty <input type="checkbox"/>	Sporadycznie <input type="checkbox"/>	WIOTKIE <input type="checkbox"/>	
Wymaga asysty <input type="checkbox"/>	Pełna kontrola <input type="checkbox"/>	WYNIK STANU CHOREGO		SPASTYCZNE <input type="checkbox"/>	
PRAWIDŁOWY <input type="checkbox"/>		ŚREDNIO CIĘŻKI <input type="checkbox"/>		CIĘŻKI <input type="checkbox"/>	

6. UKŁAD NERWOWY

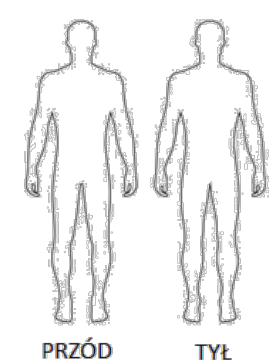
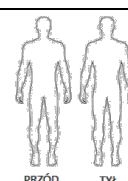
STAN ŚWIADOMOŚCI	Prawidłowy <input type="checkbox"/>	DRGAWKI	NIE <input type="checkbox"/>	WZROK		
	Apatia <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>	Prawidłowy <input type="checkbox"/>	Niedowidzenie <input type="checkbox"/>	
AFAZJA	Stupor <input type="checkbox"/>	PARESTEZJE	NIE <input type="checkbox"/>	Zaćma <input type="checkbox"/>	SŁUCH	
	Brak kontaktu <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>	Jaskra <input type="checkbox"/>		Prawidłowy <input type="checkbox"/>
	Pobudzony <input type="checkbox"/>	ZABURZENIA RÓWNOWAGI	NIE <input type="checkbox"/>	Okulary <input type="checkbox"/>	Niedosłuch <input type="checkbox"/>	
	NIE <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>	Ślepotą <input type="checkbox"/>	Aparat słuchowy <input type="checkbox"/>	
TAK <input type="checkbox"/>	UTRATY PRZYTOMNOŚCI	NIE <input type="checkbox"/>	WĘCH			
WERNICKIEGO <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>	Prawidłowy <input type="checkbox"/>	Zaburzony <input type="checkbox"/>	ZABURZENIA PAMIĘCI	
INNE	BROKI <input type="checkbox"/>	ZABURZENIA SNU		Brak <input type="checkbox"/>		
		Utrudnione zasypianie <input type="checkbox"/>		Przebudzenie <input type="checkbox"/>	
					

7. BÓL

OBYCNOŚĆ BÓLU	NIE <input type="checkbox"/>	RODZAJ	POCHODZENIE	Somatyczny <input type="checkbox"/> Neuropatyczny <input type="checkbox"/> Psychogeny <input type="checkbox"/>
	TAK <input type="checkbox"/>			
OKRES TRWANIA	.....	CHARAKTER	LOKALIZACJA	
NASILENIE		Przebijający <input type="checkbox"/> Pulsujący <input type="checkbox"/> Ciągły <input type="checkbox"/> Napadowy <input type="checkbox"/> Kłujący <input type="checkbox"/> Tępy <input type="checkbox"/> Promieniujący <input type="checkbox"/> Rwący <input type="checkbox"/> Pałący/ Piekący <input type="checkbox"/>		
0 – brak bólu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – ból nie do wytrzymania				

8. SKÓRA

SKÓRA		TEMPERATURA	..... °C	RANY	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
<i>różowa</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		MIEJSCE POMIARU		RODZAJ		
<i>blada</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		<i>Dół pachowy</i>		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	<i>operacyjna</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
<i>zażółcona</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		<i>Powłoki skórne</i>		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	<i>zamknięta</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
<i>sina</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		<i>Jama ustna</i>		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	<i>otwarta</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
<i>marmurkowa</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		<i>Odbyt</i>		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	<i>jałowa</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
<i>wilgotna</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	GORĄCZKA		<i>brudna /skażona</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
<i>sucha</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	OD KIEDY	.....	<i>odleżyna</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
<i>popękana</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	RANY		<i>powierzchnowa</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
<i>wybroczyny</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	STAN	<i>Prawidłowy</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	<i>głęboka</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	
STAN HIGIENICZNY			<i>Wysięk</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	DRENY		
Prawidłowy <input type="checkbox"/>	Zadawalający <input type="checkbox"/>		<i>Zaczerwienienie</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	WYDZIELINA	
Średni <input type="checkbox"/>	Niezadawalający <input type="checkbox"/>		<i>Bolesność</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Krwista <input type="checkbox"/>	Słomkowa <input type="checkbox"/>	Ropna <input type="checkbox"/>
RYZYKO ODLEŻYN			<i>Obrzęk</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Brak <input type="checkbox"/>		
WYNIK	..... pkt			Ilość	..... ml		

SKALA							
Norton	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>						
Waterlow	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	ZMIANY SKÓRNE				LOKALIZACJA RANY	
Douglas	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Brak Plamki <input type="checkbox"/>	Potówka <input type="checkbox"/>				
Braden	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Strup <input type="checkbox"/>	Blizna <input type="checkbox"/>				
CBO <i>Dutch consensus prevention of bedsores</i>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Grudka <input type="checkbox"/>	Liszaj <input type="checkbox"/>				
		Krosta <input type="checkbox"/>	Nadżerka <input type="checkbox"/>				
		Pęcherzyk <input type="checkbox"/>	Łuska <input type="checkbox"/>				
OWRZODZENIE <input type="checkbox"/>							
STOPIEŃ		LOKALIZACJA ZMIANY					
I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>						
III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>						

9. STAN PSYCHICZNY

KOMUNIKACJA	NASTRÓJ	ZACHOWANIE	NAŁOGI	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
Werbalna <input type="checkbox"/> Logiczna <input type="checkbox"/> Nielogiczna <input type="checkbox"/> Pozawerbalna <input type="checkbox"/> Utrudniona <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/>	Podwyższony <input type="checkbox"/> Obniżony <input type="checkbox"/> Wyrównany <input type="checkbox"/>			Prawidłowe <input type="checkbox"/> Lęk <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Agresja słowna <input type="checkbox"/> Agresja fizyczna <input type="checkbox"/> Pobudzenie <input type="checkbox"/> Płacz <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ALKOHOL <input type="checkbox"/> NARKOTYKI <input type="checkbox"/> PAPIEROSY <input type="checkbox"/>	RODZAJ
	DEPRESJA		OD KIEDY			
	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>			
	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>			
	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>			

10. SYTUACJA RODZINNO – SPOŁECZNA

SYTUACJA MATERIALNO-BYTOWA	Dobra <input type="checkbox"/> Średnia <input type="checkbox"/> Zła <input type="checkbox"/>	TYP RODZINY		WYDOLNOŚĆ OPIEKUŃCZA	Rodzina bierze czynny udział <input type="checkbox"/> brak dyspozycji czasowej <input type="checkbox"/> brak możliwości fizycznych <input type="checkbox"/> brak zaangażowania <input type="checkbox"/>	
	DYSFUNKCJE W RODZINIE		RODZAJ MIESZKANIA		OSOBA OPIEKUJĄCA SIĘ PACJENTEM BĄDŹ UPOWAŻNIONA	
Narkotyki	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Mieszkanie <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/>			KOGO DOTYCZY
Alkohol	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	PIĘTRO		.....		.....
Dopalacze	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Parter <input type="checkbox"/>		Hemofilia		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
		1 - 5 bez windy <input type="checkbox"/> >5 bez windy <input type="checkbox"/> 1 - 5 z windą <input type="checkbox"/> >5 z windą <input type="checkbox"/>		Cukrzyca		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
Przemoc	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	OCENA WARUNKÓW		Nowotwory		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
		Dobre <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Złe <input type="checkbox"/>		Nadciśnienie		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
				Inne.....		NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>

Piśmiennictwo

Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Anna Majda. Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1, 2017.

Danuta Dyk. Badania fizyczne w pielęgniarstwie. Przedmiotowe i podmiotowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2, 2020.

BIEŻĄCA OCENA STANU PACJENTA

Data i godzina oceny stanu	Stan pacjenta (wynik pomiaru parametrów życiowych, samopoczucie, komunikatywność, przyjęte leki, zgłoszone dolegliwości)

Piśmiennictwo

- Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Anna Majda. Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1, 2017.
- Danuta Dyk. Badania fizykalne w pielęgniarstwie. Przedmiotowe i podmiotowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2, 2020.

KARTA DIAGNOZ I INTERWENCJI PIELĘGNIARSKICH

DIAGNOZA NR	
CEL OPIEKI	
PLAN OPIEKI	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
WYNIK	

Piśmiennictwo

- Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Anna Majda. Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarzkiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1, 2017.
- Danuta Dyk. Badania fizykalne w pielęgniarstwie. Przedmiotowe i podmiotowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2, 2020.