

Klasa: 011-02/06-02/03
Ur.broj: 381-1-1-11-05
Zagreb, 17. kolovoza 2011.

Na temelju članka 7. Pravilnika o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama („Narodne novine“ broj 79/11) Hrvatska komora medicinskih sestara objavljuje

UPUTE ZA PRIMJENU SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U BOLNIČKIM ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

PRILOG 1

Sestrinska anamneza

- popunjavaju je sve medicinske sestre
- anamnestički podaci se prikupljaju primarno od pacijenta, od pratnje, osoba koje brinu o pacijentu, medicinskog i drugog osoblja, te iz medicinske dokumentacije
- ako nije moguće dobiti podatke od pacijenta, tada se oni dobivaju od pratnje
- podaci se prikupljaju i temeljem fizikalnog pregleda
- u rubriku –osobitosti o pacijentu- upisati podatak od koga su dobiveni anamnestički podaci
- sve rubrike sestrinske dokumentacije moraju biti popunjene
- podatke koje nije moguće dobiti u času uzimanja anamneze treba upisati naknadno (demografski podaci o pacijentu, izabranog liječnika i patronažnu sestru, Dom zdravlja kojem prema mjestu stanovanja pripada, elementi servisnih institucija važnih za nastavak zdravstvene njege i otpust pacijenta)
- uz pripadajući odgovor u kućicu staviti križić, zaokružiti broj ili dopisati podatak u kućicu „osobitosti“

PRILOG 2

Nastavak s prethodne strane, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu

- sadrži nastavak s prethodne strane
- fizikalni pregled od glave do pete-ispuniti opisno i brojčano
- sestrinske dijagnoze – određuje prvostupnica sestrinstva temeljem ispunjene dokumentacije
- osobitosti o pacijentu se upisuju kad nema u dokumentaciji mogućnosti upisa važnih podataka

PRILOG 3

Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka

- svakodnevno upisati stupnjeve Samozbrinjavanja i Fizičkih aktivnosti tijekom hospitalizacije, bodovi skala (Braden, Glasgow/trauma skor, Morse-rizik za pad – tablice su u prilogu), broj razine bola, DA/NE za toleranciju napora.
- Rubrika kategorizacije se popunjava nakon kategorizacije pacijenta
- Sažetak - trajno praćenje postupaka –
- provoditi prema odredbi plana zdravstvene njege
- osim navedenih postupaka mogu se upisati i drugi postupci

Prilog 3a istovjetan je prilogu 3, a može se umetnuti kao dodatak ako pacijent boravi dulje vrijeme u bolnici.

PRILOG 4

Medicinsko - tehnički i dijagnostički postupci

- upisati datum kad je ordiniran postupak
- upisati kad je planiran postupak
- upisati kad je izvršen postupak
- u primjedbe upisati eventualne promjene i zbivanja vezana uz postupak (npr. krvario tijekom kateterizacije, ili postupak odgođen)

PRILOG 5

Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus)

- upisati sve promjene kod pacijenta tijekom 24 sata (simptomi, znaci, opisi novonastalog stanja, mogući uzroci i dodatni podaci koji nisu navedeni u anamnezi)
- ti podaci su nužni za izradu Planova zdravstvene njege za stanja koja su nastala nakon prijema pacijenta i nisu upisana u anamnezi prve i druge strane dokumentacije

PRILOG 6

Plan zdravstvene njege

- izrađuje prvostupnica sestrinstva sukladno utvrđenim potrebama za zdravstvenom njegom.
- Sestrinske dijagnoze se evidentiraju prema PES modelu (P=problem, E=etiologija, S=simptom) za aktualne dijagnoze, te po PE modelu za visokorizične dijagnoze.

PRILOG 6A

Lista provedenih sestrinskih postupaka

- upisati provedene postupke ordinirane u planu zdravstvene njege

PRILOG 13

Otpusno pismo zdravstvene njege

- izdati ga za pacijente kod kojih je potreban nastavak zdravstvene njege.
- pismo pisati u dva primjeraka
- jedan primjerak dati osobi, instituciji, patronažnoj sestri ili nekoj drugoj strani koja nastavlja zdravstvenu njegu pacijenta
- jedan primjerak obavezno ostaje u Sestrinskoj dokumentaciji.

Obrasci sestrinske dokumentacije tiskani u prilogima 7. – 12. upotrebljavaju se ovisno o potrebama i to:

PRILOG 7

Evidencija ordinirane i primijenjene terapije

- uz svaku primjenu lijeka medicinska sestra mora upisati vrijeme davanja lijeka i potpisati se.

PRILOG 8

Unos i izlučivanje tekućine

- primijeniti kod pacijenata kod kojih je potrebno pratiti unos i izlučivanje tekućina

PRILOG 9

Procjena bola

- primijeniti kod pacijenata koji imaju učestalu ili trajnu bol
- ritam praćenja određen je Planom zdravstvene njege
- treba upisati primjenu lijekova, distraktora i učinak istih – evaluacija
- učestalost procjene odrediti individualno

PRILOG 10

Lista za praćenje dekubitusa

- voditi je za pacijente kod kojih je prisutan dekubitus
- svaku promjenu položaja sestra evidentira zaokruživanjem vremena i potvrđuje svojim inicijalima u rubriku na vrhu liste uz odgovarajući položaj.
- za dijagnozu Visok rizik za nastanak dekubitusa, prvostupnica sestrinstva će razviti Plan zdravstvene njege (Prilog br. 6.)

PRILOG 11

Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi

- lista služi za upis mogućih komplikacija tijekom ili nakon izvođenja medicinsko tehničkih postupaka, za pacijente kod kojih je prisutan veći rizik za pojavu komplikacija
- (Npr.: uvođenje NG sonde ili lavaža unutarnjih organa kod hipotermije, bronhoaspiracija kod pacijenata s trombocitopenijom, kateterizacija urina kod pacijenata s trombocitopenijom ili pancitopenijom...)
- liječnik treba biti suglasan s izvođenjem postupka, a to potvrđuje svojim potpisom

PRILOG 12

Izvešće o incidentu

- spriječenom ili nastalom može se pisati u više primjeraka, sukladno pravilima ustanove, a jedan primjerak obavezno ostaje u Sestrinskoj dokumentaciji