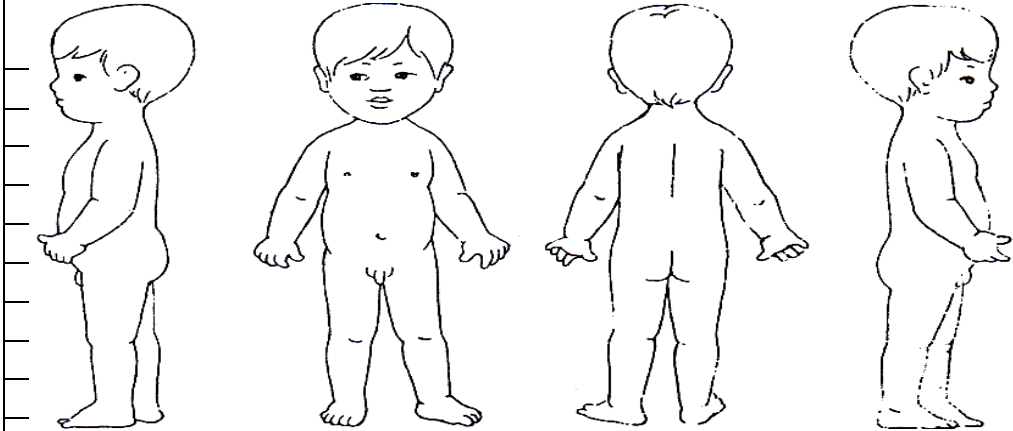


|                                                                                     |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| KLINIKA/ZAVOD: _____ . ODJEL: _____ .                                               |                          |
| Datum: _____ .                                                                      |                          |
|                                                                                     |                          |
| <b>SESTRINSKA ANAMNEZA</b>                                                          |                          |
|                                                                                     |                          |
| <b>OPĆI PODATCI:</b>                                                                |                          |
| MBO:                                                                                | REG. BROJ:               |
| Ime i prezime:                                                                      |                          |
| Spol: M Ž                                                                           | Datum rođenja:           |
| Adresa:                                                                             | Telefon:                 |
| Ime oca:                                                                            | Zanimanje:               |
| Ime majke:                                                                          | Zanimanje:               |
| Podatke daje:                                                                       |                          |
|                                                                                     |                          |
| <b>PRIJEM:</b>                                                                      |                          |
| 1. hitan                                                                            | 2. planiran              |
| Dolazi od kuće: DA NE                                                               | Premještaj iz:           |
| Način dolaska: 1. u vozilu hitne pomoći                                             | 2. u pratnji             |
|                                                                                     | 3. sam                   |
| Uputna dijagnoza:                                                                   |                          |
| Osobne stvari koje ima sa sobom: _____                                              |                          |
| <b>INFORMACIJE O PACIJENTU:</b>                                                     |                          |
| Upućenost roditelja i djeteta u dijagnozu: DA NE DJELOMIČNO                         |                          |
| Prihvatanje trenutnog zdravstvenog stanja: dijete: DA NE                            |                          |
| Roditelj/zakonski zastupnik/skrbnik: DA NE                                          |                          |
| Razlog hospitalizacije:                                                             |                          |
| Osoba za kontakt:                                                                   |                          |
| Prijašnje bolesti (hospitalizacije):                                                |                          |
| Alergije i ostale preosjetljivosti (hrana, lijekovi i drugo):                       |                          |
| Lijekovi koje uzima:                                                                |                          |
|                                                                                     |                          |
| Kontakt sa zaraznim bolestima: DA NE                                                |                          |
| Preboljene dječje bolesti:                                                          |                          |
| Datum zadnje menstruacije:                                                          | Kontracepcija: da ne     |
|                                                                                     |                          |
| <b>KRETANJE:</b>                                                                    |                          |
| 1. samostalno 2. uz pomoć pomagala 3. uz pomoć druge osobe 4. ovisan o drugoj osobi |                          |
| Podnošenje napora: da ne                                                            | Specifičnosti:           |
| <b>HIGIJENA I ODIJEVANJE:</b>                                                       |                          |
| <b>Obavljanje osobne higijene:</b>                                                  |                          |
| 1. samostalno                                                                       | 2. uz pomoć druge osobe  |
|                                                                                     | 3. ovisan o drugoj osobi |
| <b>Odijevanje:</b>                                                                  |                          |

|                                                                                            |                         |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 1. samostalno                                                                              | 2. uz pomoć druge osobe | 3. ovisan o drugoj osobi      |
| <b>UZIMANJE HRANE I TEKUĆINE:</b>                                                          |                         |                               |
| <b>Gutanje:</b> 1. normalno 2. otežano 3. bez refleksa gutanja                             |                         |                               |
| <b>Aktivnost hranjenja:</b> 1. samostalno 2. uz pomoć druge osobe 3. ovisan o drugoj osobi |                         |                               |
| <b>Apetit:</b>                                                                             |                         |                               |
| 1. normalan                                                                                | 2. pojačan              | 3. smanjen 4. potpuni gubitak |
| Datum i sat zadnjeg obroka: _____. Datum i sat zadnjeg uzimanja tekućine: _____.           |                         |                               |
| <b>Prehrana dojenčeta</b>                                                                  |                         |                               |
| 1. dojenje: da ne 2. nadohrana: ne da _____.                                               |                         |                               |
| <b>Posebnosti o obrocima:</b> _____.                                                       |                         |                               |
| <b>Specifičnosti u prehranbenim navikama:</b>                                              |                         |                               |
| <b>Prisutnost alergije na hranu ( koja?)</b> _____.                                        |                         |                               |
| <b>Dijeta:</b> _____.                                                                      |                         |                               |
| <b>Tekućina:</b> _____.                                                                    |                         |                               |
| <b>Način hranjenja:</b>                                                                    |                         |                               |
| 1. bočica 2. žličica 3. enteralna pomagala:                                                |                         |                               |
| <b>ELIMINACIJA:</b>                                                                        |                         |                               |
| <b>Stolica:</b> _____ zadnja stolica: _____                                                |                         |                               |
| Kontrola sfinktera: 1. da 2. djelomično 3. ne                                              |                         |                               |
| Osobitosti stolice: _____                                                                  |                         |                               |
| <b>Mokrenje:</b>                                                                           |                         |                               |
| Kontrola sfinktera: 1. da 2. djelomično 3. ne                                              |                         |                               |
| Osobitosti urina: _____                                                                    |                         |                               |
| <b>Upotreba pelena:</b> 1. ne 2. da                                                        |                         |                               |
| <b>Povraćanje:</b> 1. ne 2. da                                                             |                         |                               |
| Broj povraćanja (datum sat zadnjeg povraćanja): _____.                                     |                         |                               |
| <b>Bljuckanje:</b> 1. ne 2. da Napomena: _____                                             |                         |                               |
| <b>Iskašljavanje:</b> 1. ne 2. da Napomena: _____                                          |                         |                               |
| <b>Znojenje:</b> 1. ne 2. da Napomena: _____                                               |                         |                               |
| <b>SPAVANJE:</b>                                                                           |                         |                               |
| 1. danju _____ sati 2. noću _____ sati                                                     |                         |                               |
| 1. normalan san 2. učestalo buđenje tijekom noći 3. noćne more 4. nesanica                 |                         |                               |
| <b>Posebnosti u uspavljivanju:</b> _____                                                   |                         |                               |
| <b>Spava s:</b> 1. bočicom 2. dudom varalicom 3. igračkom 4. _____                         |                         |                               |

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                                                                  |                 |                    |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------|
| <b>KOGNITIVNO-PERCEPTIVNE FUNKCIJE:</b>                                          |                 |                    |                                   |
| <b>Sluh:</b>                                                                     |                 |                    |                                   |
| 1. normalan                                                                      | 2. naglušnost   | 3. gluhoća         |                                   |
| Slušno pomagalo: _____                                                           |                 |                    |                                   |
| <b>Vid</b>                                                                       |                 |                    |                                   |
| 1. normalan                                                                      | 2. slabovidnost | 3. sljepoća        |                                   |
| Pomagalo za vid: naočale, leće, _____                                            |                 |                    |                                   |
| <b>Bol</b>                                                                       |                 |                    |                                   |
| 1. ne                                                                            | 2. da           | a. akutna          | b. kronična    Procjena na skali: |
| <b>Opis bola djetetovim riječima:</b> _____                                      |                 |                    |                                   |
| <b>Ublažavanje bola:</b>                                                         |                 |                    |                                   |
| Analgetici:    ne    da    koji: _____                                           |                 |                    |                                   |
| Ostalo: _____                                                                    |                 |                    |                                   |
| <b>Sklonost padovima i povredama:</b>                                            |                 |                    |                                   |
| 1. da                                                                            | 2. ne           | Procjena na skali: |                                   |
| potreba za mjerama sigurnosti i zaštite:    1. da    2. ne                       |                 |                    |                                   |
| <b>Igra:</b>                                                                     |                 |                    |                                   |
| <b>Sportske aktivnosti:</b>                                                      |                 |                    |                                   |
| <b>ČIMBENICI RIZIKA ZA ZDRAVLJE BOLESNIKA</b>                                    |                 |                    |                                   |
| 1. pušenje                                                                       | 2. alkohol      | 3. droge           | 4. zlouporaba lijekova            |
| <b>KOMUNIKACIJA I USPOSTAVLJANJE KONTAKTA:</b>                                   |                 |                    |                                   |
| <b>Razgovor:</b>                                                                 |                 |                    |                                   |
| 1. uredan                                                                        | 2. šutljiv      | 3. odbija razgovor |                                   |
| <b>Govor:</b>                                                                    |                 |                    |                                   |
| 1. guguće                                                                        | 2. slogovi      | 3. riječi          | 4. rečenice                       |
| <b>Razumijevanje govora:</b>                                                     |                 |                    |                                   |
| 1. razumije                                                                      | 2. ne razumije  |                    |                                   |
| <b>Teškoće u komunikaciji</b>                                                    |                 |                    |                                   |
| uspostavljanje kontakta:    1. dobro    2. slabo    3. nikakvo                   |                 |                    |                                   |
| teškoće u govoru:    1. tepanje    2. mucanje    3. ne govori    4. ostalo _____ |                 |                    |                                   |
| zbog jezične barijere (strani državljanin):    ne    da                          |                 |                    |                                   |
| <b>PROMATRANJE I FIZIKALNI PREGLED:</b>                                          |                 |                    |                                   |
| <b>Antropometrijske mjere</b>                                                    |                 |                    |                                   |
| Tjelesna težina:    kg    Tjelesna duljina/visina:    cm                         |                 |                    |                                   |
| Opseg glave:    Opseg prsnog koša:    Opseg trbuha:                              |                 |                    |                                   |
| <b>Uhranjenost:</b>                                                              |                 |                    |                                   |
| 1. normalna                                                                      | 2. preuhranjen  | 3. pothranjen      |                                   |
|                                                                                  |                 |                    |                                   |
|                                                                                  |                 |                    |                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       |  |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------|
| <b>Stanje svijesti</b> 1. orijentiran    2. somnolentan    3. smeten    4. komatozan                                                                                                                                                                           |  |                       |  |              |
| <b>Vitalni znaci:</b>                                                                                                                                                                                                                                          |  |                       |  |              |
| Dišni put:    1. prohodan    2. neprohodan                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |  |              |
| Disanje:                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                       |  |              |
| 1. frekvencija ____/min    2. dubina ____    3. zvukovi ____    4. vrijednost SpO2 ____ %                                                                                                                                                                      |  |                       |  |              |
| Cirkulacija                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       |  |              |
| 1. Puls:    a. frekvencija pulsa ____/min    b. punjenost ____    c. ritam ____                                                                                                                                                                                |  |                       |  |              |
| 2. Krvni tlak: RR: ____/____ mmHg    L ruka    D ruka                                                                                                                                                                                                          |  |                       |  |              |
| Temperatura: ____ °C    A    O    R    U                                                                                                                                                                                                                       |  |                       |  |              |
| <b>Izgled kože:</b>                                                                                                                                                                                                                                            |  |                       |  |              |
| Boja kože:    1. normalna    2. cijanotična    3. blijeda    4. žutica                                                                                                                                                                                         |  |                       |  |              |
| Turgor:    1. normalan    2. oslabljen                                                                                                                                                                                                                         |  |                       |  |              |
| Ostalo:                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       |  |              |
| Slikovni prikaz promjena na koži (potrebno označiti)                                                                                                                                                                                                           |  |                       |  |              |
| <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;">  <div style="border-left: 1px solid black; height: 150px; margin-left: 10px;"></div> </div> |  |                       |  |              |
| <b>Legenda:</b>                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       |  |              |
| E – edem                                                                                                                                                                                                                                                       |  | C – crvenilo          |  | Os – osip    |
| D – dekubitus                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Rop – operativna rana |  | Ož – ožiljak |
| H – hematom                                                                                                                                                                                                                                                    |  | He – hemangiom        |  | O – opeklin  |
| <b>Prisutnot invazivnih medicinskih pomagala</b>                                                                                                                                                                                                               |  |                       |  |              |
| Intravenozna kanila (lokalizacija na tijelu) datum postavljanja:                                                                                                                                                                                               |  |                       |  |              |
| Centralni venski kateter (CVK)    1. ne    2. da    lokalizacija na tijelu ____                                                                                                                                                                                |  |                       |  |              |
| vrsta CVK-a: ____ datum postavljanja: ____                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |  |              |
| Nazogastrična sonda    1. ne    2. da    datum postavljanja / zadnje promjene ____                                                                                                                                                                             |  |                       |  |              |
| Urinarni kateter    1. ne    2. da    datum postavljanja / zadnje promjene ____                                                                                                                                                                                |  |                       |  |              |
| Stoma    1. ne    2. da    vrsta stome ____                                                                                                                                                                                                                    |  |                       |  |              |
| Trahealna kanila    1. ne    2. da    datum postavljanja: ____                                                                                                                                                                                                 |  |                       |  |              |
| Dren    1. ne    2. da    datum postavljanja: ____                                                                                                                                                                                                             |  |                       |  |              |
| Tubus    1. ne    2. da    datum postavljanja: ____                                                                                                                                                                                                            |  |                       |  |              |
| Napomene:                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                       |  |              |
| <b>Potpis med. sestre:</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |  |              |

# PROCJENA RODITELJA

Ime i prezime djeteta: \_\_\_\_\_

| Osnovni podatci                                         | majka                                                                           | otac | zakonski zastupnik/skrbnik | ostali članovi obitelji uključeni u skrb |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------|------------------------------------------|
| Ime i prezime                                           |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Godina rođenja                                          |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Maloljetni roditelj                                     |                                                                                 |      | -                          | -                                        |
| Stručna sprema                                          |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Zanimanje                                               |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Zaposlen/a                                              |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Rodbinsko srodstvo                                      | -                                                                               | -    |                            |                                          |
| Druge specifičnosti                                     |                                                                                 |      |                            |                                          |
|                                                         |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Upućenost u djetetovo zdravstveno stanje                | majka                                                                           | otac | zakonski zastupnik/skrbnik | ostali članovi obitelji                  |
|                                                         | upisati u odgovarajuću rubriku: 1. da 2. ne 3. nije moguće saznati (nedostupan) |      |                            |                                          |
| Potpuna upućenost                                       |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Djelomična upućenost                                    |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Neupućenost                                             |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Potrebna edukacija o _____                              |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Odbijanje edukacije                                     |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Ostala zapažanja o upućenosti i potrebi za edukacijom   |                                                                                 |      |                            |                                          |
| <b>Usvajanje teorijskih spoznaja potrebnih za skrb:</b> |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Potpuna usvojenost                                      |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Djelomična usvojenost                                   |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Otežano usvajanje teorijskog sadržaja                   |                                                                                 |      |                            |                                          |
| <b>Usvajanje praktičnih vještina potrebnih za skrb:</b> |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Potpuna usvojenost                                      |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Djelomična usvojenost                                   |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Otežano usvajanje vještina                              |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Faze prihvatanja djetetova zdravstvenog stanja          | majka                                                                           | otac | zakonski zastupnik/skrbnik | ostali članovi obitelji                  |
|                                                         | upisati u odgovarajuću rubriku: 1. da 2. ne 3. nije moguće saznati (nedostupan) |      |                            |                                          |
| Neprihvatanje                                           |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Osjećaj ljutnje i projekcija                            |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Pronalaženje mogućnosti liječenja i nada u ozdravljenje |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Depresivnost                                            |                                                                                 |      |                            |                                          |
| Prihvatanje                                             |                                                                                 |      |                            |                                          |
|                                                         |                                                                                 |      |                            |                                          |

## PROCJENA RODITELJA

| Odnos roditelja/skrbnika/člana prema osoblju | majka                                                                           | otac | zakonski zastupnik/skrbnik | ostali članovi obitelji |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------|-------------------------|
|                                              | upisati u odgovarajuću rubriku: 1. da 2. ne 3. nije moguće saznati (nedostupan) |      |                            |                         |
| Primjereno ponašanje i komunikacija          |                                                                                 |      |                            |                         |
| Prisutni elementi otežane komunikacije       |                                                                                 |      |                            |                         |
| Prezastjevnost                               |                                                                                 |      |                            |                         |
| Nesuradljivost                               |                                                                                 |      |                            |                         |
| Ostala zapažanja i zahtjevi roditelja        |                                                                                 |      |                            |                         |

|                                                                                     |              |  |  |  |  |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|--|--|--|----------------------------------|
| <b>Dojenje</b>                                                                      | <b>majka</b> |  |  |  |  |                                  |
| <b>upisati u odgovarajuću rubriku:</b> 1. da      2. ne      3. nije moguće saznati |              |  |  |  |  |                                  |
| Učinkovito doji                                                                     |              |  |  |  |  |                                  |
| Izdaja se                                                                           |              |  |  |  |  |                                  |
| Doji uz poteškoće                                                                   |              |  |  |  |  |                                  |
| Ne doji                                                                             |              |  |  |  |  |                                  |
| Prisutne upalne promjene na dojnama                                                 |              |  |  |  |  |                                  |
| Prisutne ragade                                                                     |              |  |  |  |  |                                  |
| Prisutne druge teškoće vezane za dojenje                                            |              |  |  |  |  |                                  |
| Navedite poteškoće vezane za dojenje                                                |              |  |  |  |  |                                  |
| Ostala zapažanja                                                                    |              |  |  |  |  |                                  |
| <b>Ostala zapažanja i specifičnosti</b>                                             |              |  |  |  |  |                                  |
|                                                                                     |              |  |  |  |  |                                  |
|                                                                                     |              |  |  |  |  |                                  |
|                                                                                     |              |  |  |  |  |                                  |
|                                                                                     |              |  |  |  |  | <b>Potpis medicinske sestre:</b> |
|                                                                                     |              |  |  |  |  |                                  |

| DNEVNO PRAĆENJE VITALNIH FUNKCIJA        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
|------------------------------------------|-------------|---|----------------|---|---------------|---|----------------|------------------|----------------|
| KLINIKA ZA PEDIJATRIJU<br>Zavod za ..... |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| MATIČNI BROJ:                            |             |   | IME I PREZIME: |   |               |   | DATUM ROĐENJA: |                  |                |
| Sat                                      | Temperatura |   |                |   | Vitalni znaci |   |                |                  |                |
|                                          | R           | A | M.T.           | K | D             | P | RR             | SpO <sub>2</sub> | O <sub>2</sub> |
| 7                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 8                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 9                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 10                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 11                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 12                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 13                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 14                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 15                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 16                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 17                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 18                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 19                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 20                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 21                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 22                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 23                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 24                                       |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 1                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 2                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 3                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 4                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 5                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |
| 6                                        |             |   |                |   |               |   |                |                  |                |

# PRAĆENJE POSTUPAKA I STANJA BOLESNIKA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE

IME IPREZIME:

MBR:

SOBA:

| DATUM                                 |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|---------------------------------------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|------|
|                                       | 7-14 | 14-20 | 20-7 | 7-14 | 14-20 | 20-7 | 7-14 | 14-20 | 20-7 | 7-14 | 14-20 | 20-7 |
| <b>NJEGA TIJELA</b>                   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Umivanje                              |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Pranje cijelog tijela                 |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Pranje kose                           |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Uređivanje noktiju                    |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Njega analno-genitalnog područja      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Njega pupka                           |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Njega usne šupljine                   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Izmjena posteljine                    |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>PROHODNOST DIŠNIH PUTEVA</b>       |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Toaleta usne/nosne šupljine           |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Aspiracija usne/nosne šupljine        |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Aspiracija preko E.T. tubusa          |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Aspiracija kanile                     |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>PREHRANA</b>                       |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Na usta                               |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Nazogastrična sonda / Jejunalna sonda |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| PEG / JPEG                            |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Enteralna pumpa                       |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>ELIMINACIJA</b>                    |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Spontano mokri                        |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Urinarni kateter                      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Stolica                               |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Klizma / čepić / laksativ             |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Drenaža                               |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>PRIMJENA TERAPIJE</b>              |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Per os                                |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Na sondu                              |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Inhalacijom                           |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Terapija kisikom                      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Rektalno                              |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Preko kože                            |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Parenteralno                          |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>PREVOJ</b>                         |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Prevoj intravenozne kanile            |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Prevoj centralnog venskog katetera    |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Prevoj arterijske kanile              |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Prevoj operativne rane                |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Prevoj traheostome                    |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Prevoj stoma probavnog sustava        |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Fiksiranje tubusa                     |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Prevoj modernim oblogama              |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>PRAĆENJE STANJA SVIJESTI</b>       |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Svjestan / orijentiran                |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Smeten / dezorijentiran               |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Somnolentan                           |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Komatozan                             |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |

| DATUM                                   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|-----------------------------------------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|------|
|                                         | 7-14 | 14-20 | 20-7 | 7-14 | 14-20 | 20-7 | 7-14 | 14-20 | 20-7 | 7-14 | 14-20 | 20-7 |
| Sediran                                 |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Buđenje iz anestezije                   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|                                         |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>KOMUNIKACIJA</b>                     |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Razgovor / psihološka podrška           |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Boravak uz umirućeg                     |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|                                         |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>PRAĆENJE BOLI</b>                    |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Skala boli                              |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Primjena analgetika                     |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| PCA pumpa / epiduralna analgezija       |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Nefarmakološke metode                   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|                                         |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>UZIMANJE MATERIJALA ZA</b>           |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Hematološke analize                     |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Biokemijske analize                     |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Mikrobiološke analize                   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Citološke-patohistološke analize        |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Kompatibilnost transfuzije              |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|                                         |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>PREVENCIJA KOMPLIKACIJA</b>          |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Promjena položaja                       |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Fizikalna terapija                      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Masaža                                  |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Dizanje iz kreveta                      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Moderne obloge                          |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|                                         |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>REKREACIJA - ODMOR</b>               |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Igra                                    |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Učenje                                  |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Odmor                                   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Spavanje                                |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|                                         |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| <b>EDUKACIJA BOLESNIKA /RODITELJA</b>   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Edukacija o pravilnoj primjeni pomagala |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
| Edukacija o pravilnoj primjeni lijeka   |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |
|                                         |      |       |      |      |       |      |      |       |      |      |       |      |

Potpis medicinske sestre

\_\_\_\_\_

## SESTRINSKO IZVJEŠĆE O DJETETU

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_ Matični broj: \_\_\_\_\_ Odjel: \_\_\_\_\_

[illegible]

|                                                             |                       |                               |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| <b>PLAN PROCESA<br/>PEDIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE<br/>NJEGE</b> | <b>Ime i prezime:</b> | <b>Odjel:</b><br><b>Soba:</b> |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|

| Datum<br>Potpis<br>medicinske<br>sestre | Sestrinska dijagnoza<br>Problem u/s uzrokom | Cilj zdravstvene njege | Sestrinske intervencije | Evaluacija | Datum<br>Potpis<br>medicinske<br>sestre |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------|------------|-----------------------------------------|
|                                         |                                             |                        |                         |            |                                         |
|                                         |                                             |                        |                         |            |                                         |
|                                         |                                             |                        |                         |            |                                         |
|                                         |                                             |                        |                         |            |                                         |
|                                         |                                             |                        |                         |            |                                         |
|                                         |                                             |                        |                         |            |                                         |
| Sestrinska dijagnoza po prioritetu:     |                                             |                        | Cilj po prioritetu:     |            |                                         |
|                                         |                                             |                        |                         |            |                                         |

| DATUM | SESTRINSKI POSTUPCI | EVALUACIJA |
|-------|---------------------|------------|
|       |                     |            |

Potpis med. sestre: \_\_\_\_\_

## EVIDENCIJA ORDINIRANE I PRIMLJENE TERAPIJE

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Tjelesna težina:

Alergije:

| Datum | Lijek-doza-način davanja-<br>učestalost davanja | Ordinirao | Sat | Potpis<br>m. s. | Sat | Potpis<br>m. s. | Sat | Potpis<br>m. s. | Sat | Potpis<br>m. s. | Sat | Potpis<br>m. s. | Sat | Potpis<br>m. s. |
|-------|-------------------------------------------------|-----------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |
|       |                                                 |           |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |     |                 |

# LISTA UNOSA I IZLUČIVANJA (BILANCE) TEKUĆINA

IME I PREZIME:

DATUM ROĐENJA:

KLINIKA/ODJEL:

DATUM:

| Sati                            | UNOS                 |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    | IZLUČIVANJE |         |            | Potpis med. sestre |  |
|---------------------------------|----------------------|----|---------|----|-----------------|----|----------------------------------|----|----------|----|-------------|---------|------------|--------------------|--|
|                                 | Intravenske tekućine |    |         |    |                 |    | Ostale tekućine ( per os/sondam) |    |          |    |             |         |            |                    |  |
|                                 | Otopina              | ml | Otopina | ml | Lijek i otapalo | ml | Hrana                            | ml | Tekućina | ml | Urin        | Stolica | Povraćanje |                    |  |
| 7                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 8                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 9                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 10                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 11                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 12                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 13                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 14                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| Ukupni 8-satno unos/izlučivanje |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 15                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 16                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 17                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 18                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 19                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 20                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 21                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 22                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| Ukupni 8-satno unos/izlučivanje |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 23                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 24                              |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 1                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 2                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 3                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 4                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 5                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| 6                               |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |
| Ukupni 8-satno unos/izlučivanje |                      |    |         |    |                 |    |                                  |    |          |    |             |         |            |                    |  |

Ukupni unos tekućine u 24 sata: \_\_\_\_\_

Ukupno izlučivanje tekućine u 24 sata: \_\_\_\_\_

Tjelesna težina djeteta \_\_\_\_\_

## LISTA PLANIRANIH MEDICINSKO – TEHNIČKIH I DIJAGNOSTIČKIH POSTUPAKA

[illegible]

**m. s.\* = medicinska sestra.**

## LISTA PLANIRANIH MEDICINSKO – TEHNIČKIH I DIJAGNOSTIČKIH POSTUPAKA

[illegible]

**m. s.\* = medicinska sestra.**

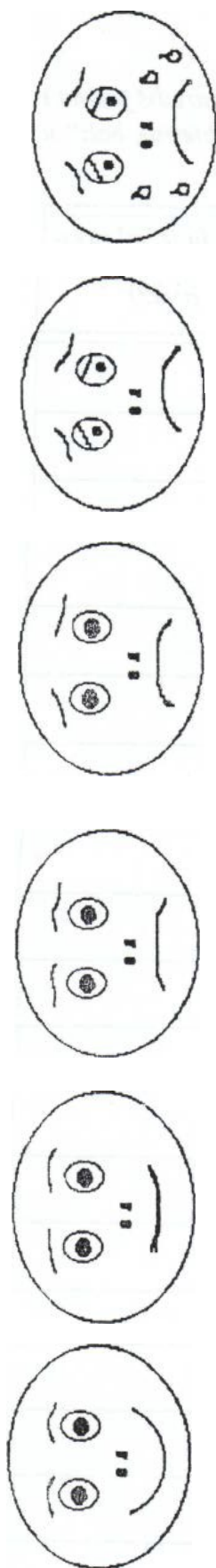
## PROCJENA BOLI KOD DJETETA STAROSTI 0 - 4 GODINE

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|
|                                                  | Ime i prezime:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Datum rođenja: |  |  |  | Datum prijema: |  |  |  |  |
|                                                  | Medicinska dijagnoza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
| P<br>R<br>O<br>C<br>J<br>E<br>N<br>A             | Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | Vrijeme procjene                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | Procjena bola:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | FLACC (0 – 4 g.)                      modificirana VAS < 3 g.                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | Mjesto bola                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | Početak bola: 1.) neočekivano 2.) u mirovanju 3.) u kretanju                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | Vrsta bola:<br>* pulsirajući bol (P)      * uporan (U)      ——— ostalo —<br>* žarenje (Ž)              * oštar (O)<br>* spazam (SP)            * tup (T)                                                                                                                                                                             |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
| Trajanje bola: stalan bol (S)   povremen bol (P) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
| I<br>N<br>T<br>E<br>R<br>V.                      | Nefarmakološke intervencije:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | * toplo/hladno (1)                      * promjena položaja (5)<br>* podizanje (2)                          * promjena okružja (6)<br>* odvrćanje pozornosti (3)            * dodir i razgovor (7)<br>* masaža (4)                              * ostalo (8)                                                                         |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | Farmakološka terapija                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | Vrijeme intervencije                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
| E<br>V<br>A<br>L<br>U<br>A<br>C<br>I<br>J<br>A   | Procjena bola nakon intervencije                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
|                                                  | * nema (0)                                  * mišićna slabost (MS)<br>* vrtoglavica (V)                          * retencija urina (UR)<br>* hipotenzija (H)                          * teško disanje (TŠ)<br>* mučnina (M)                              * gubitak osjeta (GO)<br>* povraćanje (P)                          * ostalo |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |
| Potpis medicinske sestre<br><br>_____            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                |  |  |  |                |  |  |  |  |

### **OBRAZAC ZA PROCJENU BOLA U DJECE STARIJE OD 4 GODINE\***

*"Skala lica" i crtež tijela koji se nalaze na poleđini pomoći će ti da odrediš jačinu i točno mjesto gdje se bol javlja. Medicinska sestra će ti pomoći da vodiš "dnevnik bola" u dolje nacrtanoj križaljci.*

[illegible]



5

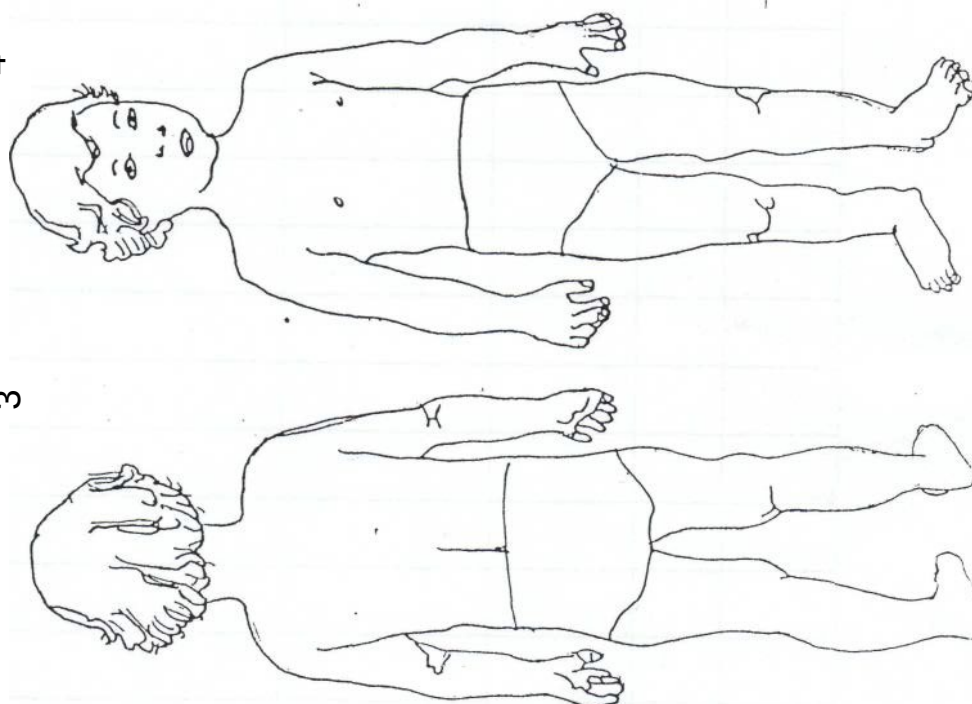
4

3

2

1

0



## GLASGOW KOMA SKALA U DJECE

| OTVARANJE OČIJU              |                                            |                                   | bodovi                   | datum/sat                | datum/sat                | datum/sat                | datum/sat                | datum/sat                |
|------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| > 1 god                      | < 1god                                     |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| spontano                     | spontano                                   | 4                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| na verbalnu naredbu          | na poziv                                   | 3                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Na bol                       | na bol                                     | 2                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nema                         | nema                                       | 1                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NAJBOLJA MOTORNA REAKCIJA    |                                            |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| > 1 godina                   | < 1 godina                                 |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| obavlja naloge               | vidljiv spontani odgovor                   | 6                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lokalizira bol               | lokalizira bol                             | 5                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fleksija na bolan podražaj   | fleksija na bolan podražaj                 | 4                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| abnormalna fleksija na bol   | abnormalna fleksija na bol                 | 3                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ekstenzija na bolan podražaj | ekstenzija na bolan podražaj               | 2                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ne reagira                   | ne reagira                                 | 1                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NAJBOLJA VERBALNA REAKCIJA   |                                            |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| > 5 godina                   | 2 – 5 godina                               | 0 – 23 mjeseca                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| orijentiran                  | upotrebljava odgovarajuće riječi i fraze   | odgovarajuće guguće, tepa, brblja | 5                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| smeten                       | upotrebljava neodgovarajuće riječi i fraze | utješno plače                     | 4                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| neprikladno                  | plače i vrišti na bolan podražaj           | plače i vrišti na bolan podražaj  | 3                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nerazumljivo                 | bolno jauče                                | bolno jauče                       | 2                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ne odgovara                  | ne odgovara                                | ne odgovara                       | 1                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| UKUPNO                       |                                            |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

# HUMPTY DUMPTY SKALA ZA PROCJENU RIZIKA PADA KOD PEDIJATRIJSKOG BOLESNIKA

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ dob \_\_\_\_\_  
odjel \_\_\_\_\_

| Parametri                                     | Kriteriji                                                                                                                                              | Rezultat |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Dob                                           | Manje od 3 godine                                                                                                                                      | 4        |
|                                               | 3 – 7 godina                                                                                                                                           | 3        |
|                                               | 7 – 13 godina                                                                                                                                          | 2        |
|                                               | Više od 13 godina                                                                                                                                      | 1        |
| Spol                                          | Muški                                                                                                                                                  | 2        |
|                                               | Ženski                                                                                                                                                 | 1        |
| Dijagnoza                                     | Neurološka dijagnoza                                                                                                                                   | 4        |
|                                               | Promjene u oksigenaciji<br>(respiratorne dijagnoze, dehidracija,<br>slabokrvnost, anoreksia, vrtoglavica /<br>nesvjestica)                             | 3        |
|                                               | Psihološki poremećaji / promjene u ponašanju                                                                                                           | 2        |
|                                               | Ostalo                                                                                                                                                 | 1        |
| Kognitivna oštećenja                          | Nisu svjesni ograničenja                                                                                                                               | 3        |
|                                               | Zaboravljaju na ograničenja                                                                                                                            | 2        |
|                                               | Orijentirani na vlastite sposobnosti                                                                                                                   | 1        |
| Čimbenici okoline                             | Dojenče u dječjem krevetiću                                                                                                                            | 4        |
|                                               | Više bolesnika u sobi, osvijetljenost, namještaj<br>u sobi (prepreke u sobi)                                                                           | 3        |
|                                               | Bolesnik u krevetu                                                                                                                                     | 2        |
|                                               | Ambulantni bolesnik                                                                                                                                    | 1        |
| Operirani bolesnik /<br>sedacija / anestezija | Unutar 24 sata                                                                                                                                         | 3        |
|                                               | Unutar 48 sati                                                                                                                                         | 2        |
|                                               | Više od 48 sati                                                                                                                                        | 1        |
| Lijekovi                                      | Zajedničko korištenje:<br>- Sedativi<br>- Hipnotici<br>- Barbiturati<br>- Fenobarbiturati<br>- Antidepresivi<br>- Narkotici<br>- Laksativi / Diuretici | 3        |
|                                               | Jedan od navedenih lijekova                                                                                                                            | 2        |
|                                               | Ostali lijekovi / Ništa                                                                                                                                | 1        |
|                                               |                                                                                                                                                        |          |
|                                               | UKUPNO:                                                                                                                                                |          |

**Zbroj bodova: 7 – 11 = NIZAK RIZIK ZA PAD, a  
12 i više = VISOK RIZIK ZA PAD**

# SESTRINSKA LISTA ZA KONTINUIRANO PRAĆENJE BOLESNIKA S DEKUBITUSOM

(križićem u tabeli označiti u koje vrijeme je promijenjen položaj bolesnika)

| IME I PREZIME:                                                                      |        | DOB : |   |    |    |    |    | MB: |   |    |    |    |    | KLINIKA: |   |    |    |    |    | ODJEL: |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|---|----|----|----|----|-----|---|----|----|----|----|----------|---|----|----|----|----|--------|---|----|----|----|----|---|---|----|----|----|----|
| DATUM::                                                                             |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
|    | SAT    | 2     | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 2   | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 2        | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 2      | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 |
|                                                                                     |        | 4     | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4   | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4        | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4      | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 |
|                                                                                     | L. BOK |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
|                                                                                     | D. BOK |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
|                                                                                     | LEĐA   |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
|                                                                                     | TRBUH  |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| OPIS OZLJEDE : 1, 2, 3, 4 ili 5 (vidi opis stupnjeva dekubitusa)*<br>N, INF, B, E** |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| LOKALIZACIJA OZLJEDE:                                                               |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| VELIČINA OZLJEDE :                                                                  |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| IZGLED OKOLNOG TKIVA:                                                               |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| RUBOVI OZLJEDE:                                                                     |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| IZGLED SEKRETA:                                                                     |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| KOLIČINA SEKRETA:                                                                   |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| POSTUPAK S OZLJEDOM:                                                                |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| ANTIDEKUBITALNA POMAGALA                                                            |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| UČESTALOST PREVOJA:                                                                 |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| BRADEN Q - SKALA:                                                                   |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| EVALUACIJA:                                                                         |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |
| POTPIS MED. SESTRE:                                                                 |        |       |   |    |    |    |    |     |   |    |    |    |    |          |   |    |    |    |    |        |   |    |    |    |    |   |   |    |    |    |    |

| INTENZITET I TRAJANJE PRITISKA                                                                          |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        | ZBROJ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>POKRETLJIVOST</b><br>Sposobnost promjene položaja tijela                                             | <b>1.Potpuno nepokretan</b><br>Ne radi ni najmanje pokrete tijela ili ekstremiteta bez tuđe pomoći                                                                 | <b>2. Vrlo ograničena</b><br>Povremeno napravi male promjene položaja tijela ili ekstremiteta, no ne može se u potpunosti samostalno okrenuti.                                                                     | <b>3.Lagano ograničena</b><br>Radi češće promjene položaja tijela ili ekstremiteta samostalno                                                                                                                                                          | <b>4. Bez ograničenja</b><br>Radi česte i veće pokrete, miče sve ekstremitete bez pomoći                                               |       |
| <b>AKTIVNOST</b><br>Stupanj fizičke aktivnosti                                                          | <b>1.U krevetu</b><br>Leži u krevetu                                                                                                                               | <b>2. U stolici</b><br>Sposobnost hodanja je vrlo ograničena ili ne može hodati. Potrebna je pomoć za premještanje na stolicu ili u kolica.                                                                        | <b>3.Povremeno šće</b><br>Šće povremeno tijekom dana na kratkim udaljenostima sa ili bez pomoći, no ipak većinu vremena provodi u krevetu                                                                                                              | <b>4.Bez ograničenja</b><br>Barem dva puta tijekom smjene šće izvan sobe, te po sobi barem jednom svakih 2 sata tijekom dana           |       |
| <b>SENZORNA PERCEPCIJA</b><br>Sposobnost odgovora na nelagodnost izazvanu pritiskom u skladu s razvojem | <b>1.Kompletno ograničena</b><br>Ne reagira na bolne podražaje uslijed poremećaja stanja svijesti ili je ograničena sposobnost osjeta boli na većem dijelu tijela. | <b>2.Vrlo ograničena</b><br>Reagira samo na bolne podražaje. Bol iskazuje jaukanjem i nemirom. Prisutno je senzorno oštećenje koje smanjuje bolesnikovu sposobnost osjeta bola ili nelagode u većem dijelu tijela. | <b>3.Lagano ograničena</b><br>Reagira na verbalne podražaje, ne može uvijek iskazati potrebu za promjenom položaja. Moguće je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje bolesnikovu sposobnost osjeta bola ili nelagodu u jednom ili dva ekstremiteta. | <b>4. Bez ograničenja</b><br>Reagira na verbalne podražaje. Nisu prisutna senzorna oštećenja, može iskazati bol i nelagodu.            |       |
| UTJECAJ NA KOŽU I PRATEĆE STRUKTURE                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |       |
| <b>VLAŽNOST</b> -stupanj vlage kojem je koža izložena                                                   | <b>1.Koža je stalno vlažna</b><br>Koža je gotovo stalno vlažna (urin, znoj). Vlažnost se zamjećuje pri svakom okretanju bolesnika.                                 | <b>2. Koža je vrlo vlažna</b><br>Koža je vlažna većinu vremena. Posteljini je potrebno promijeniti svakih 8 sati                                                                                                   | <b>3. Koža je povremeno vlažna</b><br>Koža je povremeno vlažna. Posteljini je potrebno promijeniti svakih 12 sati.                                                                                                                                     | <b>4. Koža je rijetko vlažna</b><br>Koža je suha , a posteljina se mijenja rutinski.                                                   |       |
| <b>TRENJE I RAZVLAČENJE</b>                                                                             | <b>1.Signifikantni problem.</b><br>Spasticitet, kontrakture, agitiranost vode do skoro trajnog trenja ili razvlačenja                                              | <b>2.Problem</b><br>Zahtijeva umjerenu do veliku pomoć pri kretanju. Spastičnost, kontrakture ili agitiranost dovode do konstantnog trenja. Često isklizne iz kreveta ili stolice.                                 | <b>3. Potencijalni problem</b><br>Malaksao pri i ili zahtijeva minimalnu pomoć. Velika vjerojatnost trenja kože po plaktama. Održava relativno dobar položaj u stolici ili krevetu, no može iskliznuti.                                                | <b>4. Nema problema</b><br>Kreće se samostalno i ima dovoljno mišićne snage za ustajanje. Održava dobar položaj u stolici ili krevetu. |       |
| <b>PREHRANA</b>                                                                                         | <b>1.Vrlo slaba</b><br>Na bistroj tekućini, ili infuziji više od 5 dana, albumini < 25mg/L                                                                         | <b>2.Vjerojatno neadekvatna</b><br>Na tekućoj prehrani ili putem sonde ili TPP koja ne osigurava dovoljnu nutritivnu vrijednost, albumini < 30mg/L                                                                 | <b>3. Adekvatna</b><br>Na prehrani je putem sonde ili TPP, koja osigurava dovoljno nutrijenata i minerala za dob                                                                                                                                       | <b>4. Odlična</b><br>Na normalnoj je prehrani koja osigurava dovoljno kalorija. Ne zahtijeva nikakvu suplementaciju.                   |       |
| <b>TKIVNA PERFUZIJA I OKSIGENACIJA</b>                                                                  | <b>1.Jako kompromitirajuća</b><br>Hipotenzivan i ne tolerira promjene položaja                                                                                     | <b>2. Kompromitirana</b><br>Normotenzivan, Sa O <sub>2</sub> može biti < 95%, Hb< 100mg/L, kapilarno punjenje > 2 sek., serumski pH < 7.40                                                                         | <b>3.Adekvatna</b><br>Normotenzivan<br>Sa O <sub>2</sub> < 95%, Hb < 10mg/dL kapilarno punjenje > 2 sek., serumski pH normalan,                                                                                                                        | <b>4.Odlična</b><br>Normotenzija, Sa O <sub>2</sub> > 95%, normalan Hb, kapilarno punjenje < 2 sek.                                    |       |



## NADZORNA LISTA RIZIČNIH POSTUPAKA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Matični broj: \_\_\_\_\_

Odjel: \_\_\_\_\_

| Datum | Vrijeme | Rizični postupak | Moguće komplikacije | Potpis liječnika | Datum/vrijeme | Postupci med. sestre | Potpis med. sestre |
|-------|---------|------------------|---------------------|------------------|---------------|----------------------|--------------------|
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |
|       |         |                  |                     |                  |               |                      |                    |

## NADZORNA LISTA RIZIČNIH POSTUPAKA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Matični broj: \_\_\_\_\_

Odjel: \_\_\_\_\_

| Datum | Vrijeme | Postupak | Moguće<br>Komplikacije | Potpis<br>liječnika | Datum/<br>vrijeme | Postupci<br>med. sestre | Potpis<br>med. sestre |
|-------|---------|----------|------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |
|       |         |          |                        |                     |                   |                         |                       |

Klinika: \_\_\_\_\_  
 Odjel: \_\_\_\_\_

## KATEGORIZACIJA BOLESNIKA

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Datum hospitalizacije: \_\_\_\_\_

Dan hospitalizacije: \_\_\_\_\_

| ČIMBENIK KATEGORIZACIJE                      | 1        | 2        | 3        | 4        |
|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 1. higijena                                  |          |          |          |          |
| 2. odijevanje                                |          |          |          |          |
| 3. hranjenje                                 |          |          |          |          |
| 4. eliminacija                               |          |          |          |          |
| 5. hodanje, stajanje                         |          |          |          |          |
| 6. sjedenje                                  |          |          |          |          |
| 7. premještanje, okretanje                   |          |          |          |          |
| 8. rizik za pad                              |          |          |          |          |
| 9. stanje svijesti                           |          |          |          |          |
| 10. rizik za nastanak dekubitusa             |          |          |          |          |
| 11. vitalni znaci                            |          |          |          |          |
| 12. komunikacija                             |          |          |          |          |
| 13. specifični postupci u zdravstvenoj njezi |          |          |          |          |
| 14. dijagnostički postupci                   |          |          |          |          |
| 15. terapijski postupci                      |          |          |          |          |
| 16. edukacija                                |          |          |          |          |
| <b>BODOVI PO KATEGORIJAMA</b>                |          |          |          |          |
| <b>BODOVI UKUPNO</b>                         |          |          |          |          |
| <b>KATEGORIJA</b>                            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |

| KATEGORIJA | BROJ BODOVA |                |
|------------|-------------|----------------|
| 1          | 16 – 26     | 1 – 2 SATA     |
| 2          | 27 – 40     | 3 – 5 SATI     |
| 3          | 41 – 53     | 6 – 9 SATI     |
| 4          | 54 – 64     | 10 I VIŠE SATI |

## IZVJEŠĆE O POVREDI DJETETA NA ODJELU

|                |                          |                            |
|----------------|--------------------------|----------------------------|
| Ime i prezime: | Matični br.:             | Odjel / broj sobe:         |
| Datum prijema: | Datum povrede/incidenta: | Vrijeme povrede/incidenta: |

| Mjesto incidenta                                                                                                                                                                                                                | Vrsta incidenta                                                                        | Uzrok incidenta | Prisutnost roditelja/zakonskog zastupnika/skrbnika |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> bolesnička soba<br><input type="checkbox"/> kupaonica<br>operacijski trakt<br>hodnik<br>dnevni boravak<br><input type="checkbox"/> igraonica<br><input type="checkbox"/> drugo mjesto _____ | <input type="checkbox"/> pad<br><input type="checkbox"/> terapija<br>opekлина<br>drugo |                 | da<br><input type="checkbox"/> ne                  |

|                                                                  |                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Opis povrede:                                                    |                   |
| Izvešće medicinske sestre:                                       |                   |
| Izvešće roditelja/zakonskog zastupnika/skrbnika ili druge osobe: |                   |
| Potpis roditelja:                                                |                   |
| Vrijeme poziva liječnika:                                        |                   |
| Liječnički nalaz:                                                |                   |
| Odredbe liječnika:                                               | Terapija:         |
|                                                                  | Potpis liječnika: |
| Odredbe i postupci medicinske sestre:                            |                   |
| Ostale napomene (materijalna šteta i slično):                    |                   |

Potpis medicinske sestre: \_\_\_\_\_

Ustanova: \_\_\_\_\_  
 Klinika /odjel: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

## OTPUŠNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE / LISTA PREMJEŠTAJA

| OPĆI PODATCI            |                                                             |                      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------|
| Ime i prezime: _____    | Spol: M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> | Datum rođenja: _____ |
| Adresa: _____           | Telefon: _____                                              |                      |
| Ime oca i majke: _____  |                                                             |                      |
| Zakonski skrbnik: _____ | Srodstvo: _____                                             |                      |
| Adresa skrbnika: _____  | Telefon: _____                                              |                      |

| PRIJEM                                                              | OTPUŠT                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bitan<br><input type="checkbox"/> planiran | datum i sat otpusta: _____<br>medicinska dijagnoza prilikom otpusta: _____ |
| datum prijema: _____<br>premješten iz: _____                        |                                                                            |
|                                                                     |                                                                            |
|                                                                     |                                                                            |

| SESTRINSKE DIJAGNOZE PRILIKOM OTPUSTA IZ BOLNICE / PREMJEŠTAJA: opis problema, uzroka, simptoma |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |
|                                                                                                 |  |

**Kategorizacija P**  

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I                        | II                       | III                      | IV                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| PROVEDENA ZDRAVSTVENE NJEGA U BOLNICI / POSTUPCI |
|--------------------------------------------------|
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |

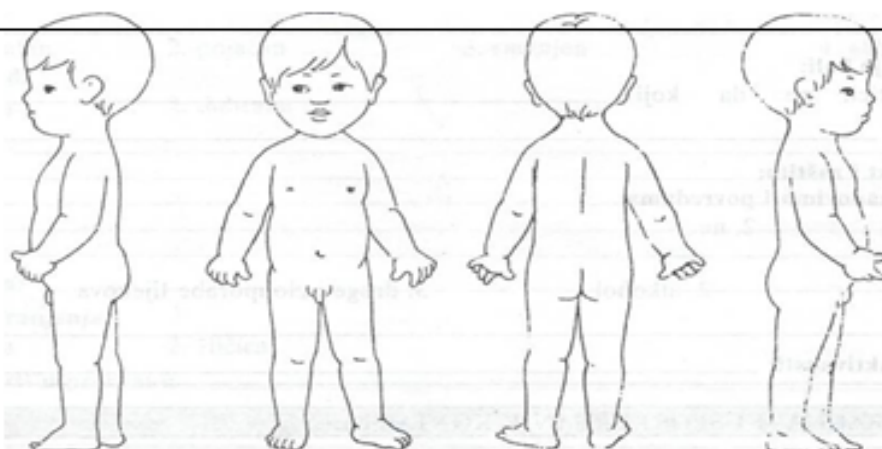
| UPUĆENOST I EDUCIRANOST RODITELJA I DJETETA O NOVONASTALOM ZDRAVSTVENOM STANJU                                                                                      |                                                                         |                                                                                           |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Upućenost:                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> potpuna<br><input type="checkbox"/> djelomična | <input type="checkbox"/> potpuna<br><input type="checkbox"/> djelomična                   | <input type="checkbox"/> nikakva<br><input type="checkbox"/> nikakva |
| Educiranost:                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> potpuna<br><input type="checkbox"/> djelomična | <input type="checkbox"/> potpuna<br><input type="checkbox"/> djelomična                   | <input type="checkbox"/> nikakva<br><input type="checkbox"/> nikakva |
| Bitne osobe P: _____ Dane<br>pisane upute o: _____                                                                                                                  |                                                                         |                                                                                           |                                                                      |
| Što roditelji i dijete znaju i mogu učiniti sami nakon novonastalog zdravstvenog stanja i nakon otpusta iz bolnice u procesu u procesu samozbrinjavanja? -<br>_____ |                                                                         |                                                                                           |                                                                      |
| U kojem području nege roditelji i/ili bitne osobe ne mogu pomoći? -<br>_____                                                                                        |                                                                         |                                                                                           |                                                                      |
| UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI                                                                                                     |                                                                         |                                                                                           |                                                                      |
| <input type="checkbox"/> pacijent nakon otpusta iz bolnice treba ZNJ u kući<br><input type="checkbox"/> informacije patронаžnoj M. S.                               |                                                                         | <input type="checkbox"/> Nužnost prvih postupaka ZNJ u kući<br>vrlo HITNO: na dan otpusta |                                                                      |

☐ informacije m. s. druge klinike / odjela / stacionarne ustanove.

☐ HITNO: prvi dan nakon otpusta  
☐ drugi dan nakon otpusta  
☐ treći dan nakon otpusta  
☐ tjedan dana nakon otpusta

| Fizičko stanje                     | Mentalno stanje                            | Aktivnosti                                 | Inkontinencija                     | Prehrana                          | Tekućina                          |
|------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dobro     | <input type="checkbox"/> pri svijesti      | <input type="checkbox"/> pokretan          | <input type="checkbox"/> nije      | <input type="checkbox"/> dobro    | <input type="checkbox"/> dobro    |
| <input type="checkbox"/> srednje   | <input type="checkbox"/> apatičan, pasivan | <input type="checkbox"/> hoda uz pomoć     | <input type="checkbox"/> povremeno | <input type="checkbox"/> osrednje | <input type="checkbox"/> osrednje |
| <input type="checkbox"/> slabo     | <input type="checkbox"/> konfuzan          | <input type="checkbox"/> ovisan o kolicima | <input type="checkbox"/> urin      | <input type="checkbox"/> slabo    | <input type="checkbox"/> slabo    |
| <input type="checkbox"/> vrlo loše | <input type="checkbox"/> stuporozan        | <input type="checkbox"/> vezan za krevet   | <input type="checkbox"/> kompletno | <input type="checkbox"/> ne jede  | <input type="checkbox"/> ne pije  |

E – edem  
F – fraktura  
D – dekubitus  
C – crvenilo  
L – lezija kože  
O – opekline  
Os – osip  
A – alergija  
H – hematom  
R – rana



Kratak opis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Specijalne potrebe

☐ stoma ☐ kanila ☐ nazogastična sonda ☐ urinarni kateter ☐ CVK  
☐ peritonejska dijaliza ☐ kronična hemodijaliza  
☐ ostalo: \_\_\_\_\_

#### PREPORUKE NA DAN PREMJEŠTAJA/OTPUSTA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DOBIVENA TERAPIJA NA DAN PREMJEŠTAJA/OTPUSTA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### POPIS OSOBNIH STVARI DIJETETA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

potpis medicinske sestre: \_\_\_\_\_  
broj telefona: \_\_\_\_\_