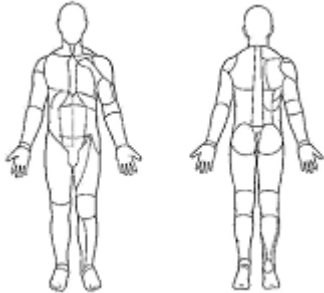


USTANOVA		DOKUMENTACIJA ZDRAVSTVENE NJEGE – DNEVNA BOLNICA					
Matični broj:		Datum i sat prijema:		ODJEL/ODSJEK:		Zanimanje:	
Ime i prezime:		Datum rođenja:		Adresa i broj telefona:		Radni status:	
Medicinska dijagnoza:				Osoba za kontakt / br. telefona:			
Alergije: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>				Osiguranje:			
Izabrani liječnik:		Patronažna sestra D.Z.		Planirani broj dana Dnevne bolnice _____ Planirani otpust: _____ (datum) _____ (mjesto)			
Procjena samostalnosti		1 – ovisan u manjem stupnju		2 – ovisan u višem stupnju 3 – ovisan u visokom stupnju		4 – potpuno ovisan	
Svijest	Očuvana iluzije	Somnolencija Halucinacije	Sopor Konfuzija	Ostali poremećaji svijesti		GKS	
Podnošenje napora: Osobitosti:		DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Oprema i pomagala:		Morseova skala:	
Bol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Opis bola:				VAS	
Unos hrane i tekućine		Dijeta			Osobitosti:		
Eliminacija		Stolice Urina			Znojenje Iskašljavanje		
Perceptivne sposobnosti		Vid		Sluh		Govor	
Osobitosti vezane uz spol							
Aktivnostikoje utječu na zdravlje		Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Droge Ostalo	
Vjerska uvjerenja / ograničenja							
Samopercepcija							
<b>FIZIKALNI PREGLED</b>						Visina Težina	
Krvni tlak D.R L.R		Puls/min		Disanje/min		Sp O <sub>2</sub>	Temp (način mjerenja)
Koža – sluznice		Torax		Abdomen		Ekstremiteti	Braden skala
Mišićno – koštani sustav				Visina/Težina/BMI		Datum / tko je uveo	
			<b>LEGENDA</b>		Kateter		
			D – dekubitus		I. V. Kanila		
			H – hematom		CVK kateter		
			E – edem		Nazogastrična sonda		
			R – ošt.tkiva		Ostalo		
			F - fraktura		Terapija koju uzima:		
Procjena specifičnog znanja: Stečeno <input type="checkbox"/>				Nije stečeno <input type="checkbox"/>		Djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	
Osobitosti o pacijentu:						Potpis med.sestre:	

**LISTA OPSERVACIJE****VITALNE FUNKCIJE**

Datum / vrijeme	Tlak	Puls	Disanje	Sp O <sub>2</sub>	Temperatura	Potpis med.sestre

**MEDICINSKO TEHNIČKI POSTUPCI**

Datum / vrijeme	I.V. kanila	Urinarni kateter	CVK	Stoma/ostalo	Potpis med.sestre

**DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI**

Datum / vrijeme	Naziv postupka	Plan. dat. / vrijeme	Datum izvrš. / vrijeme	Potpis med.sestre

**ORDINIRANA I PRIMJENJENA TERAPIJA**

Datum / vrijeme	Lijek – doza – način davanja - učestalost	Ordinirao	Potpis med.sestre

***Praćenje stanja pacijenta (DEKURZUS)***

Datum / vrijeme	Lijek – doza – način davanja - učestalost	Ordinirao	Potpis med.sestre

Datum / vrijeme	<b>SESTRINSKI DEKURZUS</b>	Potpis med.sestre

**DATUMI PLANIRANIH KONTROLA**

**EVALUACIJA ZDRAVSTVENE NJEGE**

**PREPORUČENI POSTUPCI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI (sestrinsko otpusno pismo)**

**Potpis med.sestre:**