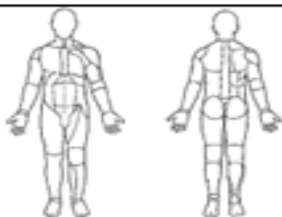


USTANOVA		DOKUMENTACIJA ZDRAVSTVENE NJEGE – DNEVNA BOLNICA			
Matični broj		Datum i sat prijema:		ODJEL/ODSJEK:	
Ime i prezime:		Datum rođenja:		Adresa i broj telefona:	
Medicinska dijagnoza:		Osoba za kontakt / br. telefona:			
Alergije: DA ☐ NE ☐		Osiguranje:			
Izabrani liječnik:		Patronažna sestra D.Z.		Planirani broj dana Dnevne bolnice _____ Planirani otpust: _____ (datum) _____ (mjesto)	
Procjena samostalnosti		1 – samostalan		2 – ovisan u višem stupnju 3 – ovisan u visokom stupnju	
Svijest		Očuvana Iluzije		Somnolencija Halucinacije	
Podnošenje napora:		DA ☐ NE ☐		Oprema i pomagala:	
Osobitosti:		Bol DA ☐ NE ☐		Opis bola:	
Unos hrane i tekućine		Dijeta		Osobitosti:	
Eliminacija		Stolice Urina		Znojenje Iskašljavanje	
Perceptivne sposobnosti		Vid		Sluh	
Osobitosti vezane uz spol		Pušenje		Alkohol	
Aktivnost/koje utječu na zdravlje		DA ☐ NE ☐		DA ☐ NE ☐	
Vjerska uvjerenja / ograničenja		Droge		Ostalo	
Samopercepcija		FIZIKALNI PREGLED			
Krvni tlak D.R. L.R.		Puls/min		Disanje/min	
Koža – sluznice		Torax		Abdomen	
Mišićno – koštani sustav		Visina / Težina / BMI		Datum / tko je uveo	
		LEGENDA D – dekubitus H – hematoma E – edem R – oštećena F – fraktura		Kateter I. V. Kanila CVK kateter Nazogastrična sonda Ostalo	
Procjena specifičnog znanja:		Stečeno ☐		Nije stečeno ☐	
Sestrinske dijagnoze		Djelomično stečeno ☐		Potpis med.sestre:	

LISTA OPSERVACIJE**VITALNE FUNKCIJE**

Datum / vrijeme	Tlak	Puls	Disanje	S _p O ₂	Temperatura	Potpis med.sestre

MEDICINSKO TEHNIČKI POSTUPCI

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

DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI

Dat./vrijeme ordin.	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

