

ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ		
Név:	Osztály/egység:	
Leánykori név:	Kórterem:	Ágyszám:
Születési dátum:	TAJ:	
Lakcím:		
Felvétel időpontja (óra/perc):	Távozás időpontja (óra/perc):	
Felvevő / Kezelőorvos neve:		
Értesítendő hozzátartozó neve:		
Címe:	Telefon:	

Szociális körülmények:

- ☐ Egyedül él
- ☐ Családban él / eltartóival él
- ☐ Hajléktalan
- ☐ Egyedül él, de a családja segíti
- ☐ Területi ellátásban részesül (házi gondozás, jelzőrendszer)
- ☐ Szociális intézményben él
- ☐ Gondnokság / gyámság alatt áll
- ☐ Rokkantság

Kórházba kerülés körülményei:

- ☐ SBO
- ☐ Otthonából
- ☐ Más intézményből
- ☐ Intézményen belüli áthelyezés
- ☐ Beutalóval érkezett (tervezett)
- ☐ Egyedül érkezett
- ☐ Kísérővel érkezett
- ☐ Mentővel érkezett
- Egyéb:

Nyilatkozat:

Tudomásul veszem, hogy az Intézet csak a pénztárban elhelyezett értéktárgyakért vállal felelősséget!

A Házirendben és a Betegtájékoztató a betegek jogairól és kötelezettségeiről nyomtatványokban foglaltakról megfelelő tájékoztatást kaptam.

A szükséges ápolási beavatkozások elvégzéséhez hozzájárulok.

Hozzájárulok az egyéni azonosító eszközzel való ellátásomhoz abban az esetben, ha ezt az állapotom indokoltá teszi.

Az ápolási dokumentációban szereplő információkat önkéntesen szolgáltattam.

Karszalag felhelyezve: igen / nem

Igazolványaimat hiánytalanul visszakaptam ☐

Dátum: 20____ év ____ hó ____ nap

.....
beteg (hozzátartozó, vagy törvényes képviselő) aláírása

Felvételi Állapot

Allergia:	nem ismert		gyógyszer:		egyéb:			
Vitális paraméterek:	RR	P	hő	O ₂ SAT	egyéb:			
Szív működés:	ritmusos	nem ritmusos	normofrequens	bradycard	tachycard	PM		
Légzés:	normális	szapora	lassú	köhögés	köpetürítés	alvási apnoe		
nehézlégzés:	nyugalomban	terhelésre	egyéb:					
Tudati állapot:	éber	somnolens	sopor	eszméletlen	orientált			
desorientált:	térben	időben	demens	egyéb:				
Kooperáció:	teljes	részleges	nem kooperál	egyéb:				
Magatartás:	együttműködő	ellenkező	agresszív	passzív	egyéb:			
Általános megjelenés:	normál alkat	sovány	túlsúlyos	elhízott	egyéb:			
Érzékelés: látás:	jó	csökkent	szemüveg	vak: jobb / bal		egyéb :		
hallás:	jó	csökkent	halló-készülék jobb / bal	siket: jobb / bal		egyéb :		
Bőr állapota:	ép	kiütések	krónikus seb	sérült	nyom.fekély	oedema	paraziták	
színe:	normál	sápadt	livid	sárga	bevérzések	egyéb:		
tapintata:	normál	hideg	meleg	nedves	száraz	egyéb:		
Fájdalom:	igen / nem							
helye:	fej	hát	mellkas	has	deréktáji	végtag	egyéb:	
jellege:	görcsös	szorító	szűrő	feszítő	lűktető	kisugárzó	egyéb:	
időtartama:	pár prerc	pár óra	folyamatos	nem megítélhető		egyéb:		
a fájdalom erőssége:	Visuál Analóg Skálán		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
Táplálkozás: étvágya:	jó	rossz	elfogadható	Diéta:				
étkezés:	önálló	segítséget igényel	nem ehet	NGS, NJ szonda	PEG, PEJ	parenterális táplálás		
emésztés:	problémamentes	hányinger	hányás	puffadás	egyéb:			
Fogsor:	problémamentes	pótolt	kivehető műfogsor: alsó, felső		hiányos	rágásra: alkalmas, alkalmatlan		
Tisztálkodás:	önálló	segítséget igényel		teljes helyettesítés		egyéb:		
Öltözködés:	önálló	segítséget igényel		teljes helyettesítés		egyéb:		
Ürités:	széklet	normál	hasmenés	székrekedés	sztóma	egyéb:		
	vizelet	normál	gyakori	katéter	egyéb:			
Alvás:	problémamentes	alvászavar	altatót szed: igen / nem		altató neve:			
Segédeszköz használat:	igen / nem	kontaktlencse	penfill	járókeret	támbot, mankó	kerekesszék	egyéb:	
Felvételnél volt-e nyomási fekélye?	igen / nem		(ha igen, töltsd ki a nyom.fekély felmérő/kezelő lapot, szám: FNY797-1)					
Csípőjét önállóan kiemeli-e?	igen / nem							
Felvételnél a betegbe helyezett eszközök:	igen / nem		pacemaker	egyéb:				
vénakanül(PVK/CVK):	behelyezés (dátum, óra/perc)		mérete			helye		
hólyagkatéter: Ch	behelyezés időpontja:							
drain (helye):	tápszonda		tubus	egyéb:				
Spec.ápolási igény:	tartós O ₂ th.	tracheostoma	amputáció	egyéb:				
	inzulin th.	CPAP	stoma	PEG/PEJ				
Élvezeti szereket használata:	kávé		dohány termék	alkohol	kábítószer	egyéb:		
Vallása gyakorlásához igényel-e segítséget?	igen / nem			nem nyilatkozik				