

KARTA WIZYTY PIELĘGNIARSKIEJ											
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA											
PESEL PACJENTA											
RODZAJ WIZYTY <input type="checkbox"/> REGULARNA <input type="checkbox"/> DODATKOWA <input type="checkbox"/> PILNA											
Badanie: Stan ogólny : <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny RR...../.....mmHg HR /m n Sat O ₂ %											
<input type="checkbox"/> Tracheostomia			<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> kontrola mankietu								
<input type="checkbox"/> nie dotyczy			<input type="checkbox"/> uwagi.....								
<input type="checkbox"/> MASKA NIV			<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> sprawdzono szczelność <input type="checkbox"/> sprawdzono elementy maski								
<input type="checkbox"/> nie dotyczy			<input type="checkbox"/> uwagi.....								
CZYNNOŚCI PIELĘGNIARSKIE : <input type="checkbox"/> pulsoksymetria, <input type="checkbox"/> pomiar ciśnienia tętniczego <input type="checkbox"/> tlenoterapia <input type="checkbox"/> toaleta drzewa oskrzelowego <input type="checkbox"/> wymiana układu rur i przestrzeni martwej <input type="checkbox"/> wymiana wymiennika ciepła i wilgoci <input type="checkbox"/> zmiana pozycji ułożeniowej pacjenta <input type="checkbox"/> toaleta maski NIV <input type="checkbox"/> profilaktyka p/ odleżynowa <input type="checkbox"/> edukacja i promocja zdrowia <input type="checkbox"/> pobranie materiału do badań lab. (dołączono kopię skierowania do laboratorium) <input type="checkbox"/> inne (jakie).....											
SPRAWDZONO : <input type="checkbox"/> respirator (<input type="checkbox"/> kabel zasilający sprawny, <input type="checkbox"/> akumulator naładowany, <input type="checkbox"/> filtr respiratora czysty, <input type="checkbox"/> rura szczelna <input type="checkbox"/> zastawka bez uszkodzeń <input type="checkbox"/> przyciski sprawne) <input type="checkbox"/> pulsoksymetr: <input type="checkbox"/> ssak <input type="checkbox"/> koncentrator sprzęt sprawny bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE: UWAGI											
Hospitalizacja od ostatniej wizyty <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK → Pobrano kopie wpisów <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE											
Żywienie <input type="checkbox"/> samodzielnie doustnie <input type="checkbox"/> niesamdzielnie doustne <input type="checkbox"/> PEG / zgłębnik / jejunostomia Czynności fizjologiczne <input type="checkbox"/> kontroluje <input type="checkbox"/> częściowo kontroluje <input type="checkbox"/> nie kontroluje											
Uwagi <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> pacjenta <input type="checkbox"/> rodziny <input type="checkbox"/> inne											
Numery sprzętu(spisywane na ostatniej wizycie w danym miesiącu): respirator 1....., respirator 2....., bateria....., ssak 1....., koncentrator....., maska.....,pulsoksymetr											

 DATA

 PIECZĄTKA I PODPIS PIELĘGNIARKI

KARTA WIZYTY PIELĘGNIARSKIEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL PACJENTA	
RODZAJ WIZYTY <input type="checkbox"/> REGULARNA <input type="checkbox"/> DODATKOWA <input type="checkbox"/> PILNA	
Badanie: Stan ogólny : <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny RR...../.....mmHg HR /m n Sat O ₂ %	
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> kontrola mankietu
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> uwagi.....
<input type="checkbox"/> MASKA NIV	<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> sprawdzono szczelność <input type="checkbox"/> sprawdzono elementy maski
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> uwagi.....
CZYNNOŚCI PIELĘGNIARSKIE : <input type="checkbox"/> pulsoksymetria, <input type="checkbox"/> pomiar ciśnienia tętniczego <input type="checkbox"/> tlenoterapia	
<input type="checkbox"/> toaleta drzewa oskrzelowego <input type="checkbox"/> wymiana układu rur i przestrzeni martwej	
<input type="checkbox"/> wymiana wymiennika ciepła i wilgoci <input type="checkbox"/> zmiana pozycji ułożeniowej pacjenta <input type="checkbox"/> toaleta maski NIV	
<input type="checkbox"/> profilaktyka p/ odleżynowa <input type="checkbox"/> edukacja i promocja zdrowia	
<input type="checkbox"/> pobranie materiału do badań lab. (dołączono kopię skierowania do laboratorium)	
<input type="checkbox"/> inne (jakie).....	
SPRAWDZONO : <input type="checkbox"/> respirator (<input type="checkbox"/> kabel zasilający sprawny, <input type="checkbox"/> akumulator naładowany, <input type="checkbox"/> filtr respiratora czysty, <input type="checkbox"/> rura szczelna <input type="checkbox"/> zastawka bez uszkodzeń <input type="checkbox"/> przyciski sprawne) <input type="checkbox"/> pulsoksymetr, <input type="checkbox"/> ssak <input type="checkbox"/> koncentrator	
sprzęt sprawny bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE:	
UWAGI	
.....	
Hospitalizacja od ostatniej wizyty <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK → Pobrano kopie wpisów <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Żywienie <input type="checkbox"/> samodzielnie doustnie <input type="checkbox"/> niesamodzielnie doustne <input type="checkbox"/> PEG / zgłębnik / jejunostomia	
Czynności fizjologiczne <input type="checkbox"/> kontroluje <input type="checkbox"/> częściowo kontroluje <input type="checkbox"/> nie kontroluje	
Uwagi <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> pacjenta <input type="checkbox"/> rodziny <input type="checkbox"/> inne	
.....	
.....	
Numery sprzętu(spisywane na ostatniej wizycie w danym miesiącu):	
respirator 1....., respirator 2....., bateria....., ssak 1....., koncentrator....., maska....., pulsoksymetr	

 DATA

 PIECZĄTKA I PODPIS PIELĘGNIARKI