

**Slezská univerzita v Opavě  
Fakulta veřejných politik v Opavě  
Ústavu nelékařských zdravotnických studií**

**Název práce: Kazuistika k odborné praxi**

**Jméno, příjmení:**

**Obor: Všeobecná sestra**

**Název předmětu:**

**Akademický rok:**

**Vedoucí práce:**

**Datum ukončení práce:**

# Ošetřovatelské posouzení

Datum:

Zpracoval/a:

Pacient

<b>Pohlaví:</b>	<b>Věk:</b>	<b>Oddělení:</b>
<b>Rodinný stav:</b>	<b>Sociální status:</b>	
<b>Datum přijetí:</b>	<b>Den hospitalizace:</b>	<b>Pooperační den:</b>
<b>Důvod hospitalizace / přijetí (hlavní diagnóza):</b>		

<b>Primární zdroj informací:</b>
<b>Sekundární zdroj informací:</b>
<b>Pacientův popis důvodu přijetí:</b>

Lékařské diagnózy dle priority:


Fyziologické funkce:

	<b>Tělesná teplota</b>	<b>Krevní tlak</b>	<b>Pulz</b>	<b>Dech</b>	<b>Saturace</b>
Naměřená hodnota					
Slovní hodnocení					

Léky:

<b>Název léku</b>	<b>Indikační skupina</b>	<b>Dávka</b>	<b>Forma podání</b>	<b>Doba podání</b>

Úroveň soběstačnosti (ze zdravotnické dokumentace):

<b>Zvolená škála (název):</b>	
<b>Bodové hodnocení:</b>	

**OBJEKTIVNÍ POPIS:**

<b>Alergie:</b> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
<b>Druh alergie:</b>
<b>Bolest:</b> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
<b>Charakter:</b> <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> porodní <input type="checkbox"/> jiné
<b>Bolest hodnocena dle škály:</b>
<b>Stupeň:</b>
<b>Lokalizace:</b>
<b>Reakce na analgetika:</b>
<b>Známky infekce:</b> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
<b>Lokalizace:</b>
<b>Projevy infekce:</b>
<b>Základní hodnocení vědomí:</b> ( <i>sledujeme pozornost, schopnost reagovat a myšlenkovou a pohybovou činnost pacienta</i> ). <b>Pacient je orientován:</b>
<b>místem:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>časem:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>osobou (ví, kdo je):</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>Poruchy vědomí</b> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO ( <i>zhodnot poruchu vědomí dle GCS</i> )
<b>Hodnocení dle GCS při poruše vědomí:</b> ( <i>označ stupeň poruchy vědomí</i> )
<input type="checkbox"/> Lehká (GSC 15–13)
<input type="checkbox"/> Střední (GSC 12–9)
<input type="checkbox"/> Těžkou (GSC 8–3)
<b>Výskyt pádů v anamnéze:</b> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
<b>Riziko pádu</b> ( <i>ze zdravotnické dokumentace</i> ):
<b>Popis:</b>
<b>Získané body:</b>
<b>Riziko dekubitu</b> ( <i>ze zdravotnické dokumentace</i> ):
<b>Stupeň rizika:</b>
<b>Dekubit:</b> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
<b>Lokalizace:</b> <b>Stupeň:</b>
<b>Nutriční skóre</b> ( <i>ze zdravotnické dokumentace</i> ):
<b>Výška:</b> <b>Váha:</b>
<b>Nechtěný váhový úbytek:</b> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
<b>BMI:</b> <b>Dieta:</b>

<b>Způsob příjmu potravy:</b>				
<input type="checkbox"/> ústy	<input type="checkbox"/> sipping	<input type="checkbox"/> nazogastrická sonda	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> pouze i.v.
<b>Centrální žilní katétr:</b>	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	<b>lokalizace/typ:</b>	
<b>Den zavedení:</b>				
<b>Posouzení:</b>				
<b>Periferní žilní vstup:</b>	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	<b>lokalizace/typ:</b>	
<b>Den zavedení:</b>				
<b>Posouzení/hodnocení:</b>				
<b>Rána:</b>	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO		
<b>Lokalizace:</b>				
<b>Popis:</b>				
<b>Léčba rány:</b>				
<b>Drény:</b>	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	<b>lokalizace:</b>	<b>typ:</b>
<b>Den zavedení:</b>				
<b>Hodnocení obsahu:</b>				
<b>Množství v časovém úseku:</b>				
<b>Jiné vstupy:</b>				
<b>Vylučování moče:</b>				
<input type="checkbox"/> Spontánní	<input type="checkbox"/> Močový katétr	<input type="checkbox"/> Inkontinence	<input type="checkbox"/> URO-Stomie	
<b>Posouzení moče (barva, zápach, příměsi):</b>				
<b>Diuréza:</b>				
<b>Bilance tekutin:</b>	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO		
<b>Vylučování stolice:</b>				
<input type="checkbox"/> Spontánní	<input type="checkbox"/> Stomie			
<b>Frekvence stolice:</b>				
<b>Změny frekvence:</b>	<input type="checkbox"/> Inkontinence	<input type="checkbox"/> Průjem	<input type="checkbox"/> Zácpa	
<b>Jiné objektivní sdělení:</b>				
<b>Jiné zjištění:</b>				

**Subjektivní hodnocení pacienta (jeho pocity, potřeby, očekávání...)**

**Objektivní hodnocení sestrou (důkladné zhodnocení celkového stavu pacienta – stejné jako při předávání informací při hlášení)**

**PLÁN PÉČE – INTERVENCE – HODNOCENÍ**

<b>PLÁN PÉČE (Problém-ošetřovatelská diagnóza) (max. 4)</b>	<b>INTERVENCE - realizace</b>	<b>HODNOCENÍ</b>

**EDUKACE - TÉMA**

<b>EDUKAČNÍ TÉMA</b>	<b>CÍL</b>	<b>INTERVENCE - REALIZACE</b>	<b>HODNOCENÍ</b>