

**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:**

**Kód 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)<br/>(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> |
|----------------------|------------|-------------------------------|------------------|
|                      |            |                               |                  |
|                      |            |                               |                  |
|                      |            |                               |                  |