

Bendroji informacija

Paciento vardas, pavardė: _____

Asmens kodas / medicininės kortelės Nr.: _____

Amžius / gimimo data: _____

Lytis: _____

Kontaktinis telefono numeris: _____

Ligoninės skyrius: _____

Palata / lovos Nr.: _____

Hospitalizacijos data ir laikas: _____

Numatoma išrašymo data: _____

Slaugytojo vardas, pavardė: _____

Įvertinimas (subjektyvūs ir objektyvūs duomenys)

Subjektyvūs duomenys (paciento nusiskundimai): _____

Objektyvūs duomenys (stebėjimas, matavimai): _____

Gyvybinių funkcijų rodikliai atvykus: _____

Laboratoriniai tyrimai: _____

Vaizdiniai ar kiti tyrimai: _____

Ankstesnė ligos / operacijų anamnezė: _____

Anksčiau taikytas gydymas / vaistai: _____

Slaugos diagnozės

Diagnozė Nr. 1: _____

Susiję veiksniai: _____

Pasireiškiantys požymiai: _____

Prioritetas: _____

Diagnozė Nr. 2: _____

Susiję veiksniai: _____

Pasireiškiantys požymiai: _____

Prioritetas: _____

Diagnozė Nr. 3: _____

Susiję veiksniai: _____

Pasireiškiantys požymiai: _____

Prioritetas: _____

Tikslai ir numatomi rezultatai

Tikslas Nr. 1 (SMART): _____

Pasiekti iki (data): _____

Sėkmės kriterijai: _____

Tikslas Nr. 2 (SMART): _____

Pasiekti iki (data): _____

Sėkmės kriterijai: _____

Tikslas Nr. 3 (SMART): _____

Pasiekti iki (data): _____

Sėkmės kriterijai: _____

Slaugos intervencijos ir pagrindimas

Intervencija 1: _____

Pagrindimas 1: _____

Dažnumas / trukmė: _____

Intervencija 2: _____

Pagrindimas 2: _____

Dažnumas / trukmė: _____

Intervencija 3: _____

Pagrindimas 3: _____

Dažnumas / trukmė: _____

Įgyvendinimo eiga

Data / laikas: _____

Atliktos procedūros: _____

Pastebėti pokyčiai: _____

Paciento reakcija: _____

Vertinimas ir korekcijos

Vertinimo data / laikas: _____

Rezultato aprašymas: _____

Ar tikslas pasiektas? _____

Koregavimo poreikis: _____

Gyvybiniai rodmenys

Kūno temperatūra (°C): _____

Pulsas (x/min): _____

Kvėpavimo dažnis (x/min): _____

Arterinis kraujospūdis (mmHg): _____

Skysčių balansas – įvesta (ml): _____

Skysčių balansas – išskirta (ml): _____

Vaistų administravimas

Vaisto pavadinimas: _____

Forma / koncentracija: _____

Dozė: _____

Vartojimo būdas: _____

Vartojimo laikas: _____

Poveikis / šalutinis poveikis: _____

Mityba ir skysčių balansas

Mitybos tipas: _____

Dienos kalorijų poreikis (kcal): _____

Dienos skysčių poreikis (ml): _____

Apetito įvertinimas: _____

Mitybos problemos: _____

Paciento mokymas

Mokymo tema: _____

Mokymo metodas: _____

Pateikta informacija: _____

Paciento supratimo lygis: _____

Tolimesnio mokymo planas: _____

Saugos ir rizikos veiksnių valdymas

Nustatytos rizikos: _____

Preveninės priemonės: _____

Reagavimo ekstremaliomis situacijomis planas: _____

Stebėsenos dažnumas: _____

Šeimos dalyvavimas

Šeimos nariai: _____

Suteikta informacija šeimai: _____

Šeimos mokymo poreikiai: _____

Šeimos vaidmuo tęstinėje priežiūroje: _____

Dokumentavimas

Įrašo data ir laikas: _____

Įrašo turinys: _____

Slaugytojo parašas: _____

Patvirtinimai

Slaugytojo vardas, pavardė: _____

Parašas: _____

Data: _____

Gydytojo vardas, pavardė: _____

Parašas: _____

Data: _____