KARTA PRZEKAZANIA PIELĘGNIARSKIEGO

Wypis pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego, domu pomocy społecznej, opieki długoterminowej lub hospicjum

Dokument uzupełnia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego. Wypełnia pielęgniarka oddziału przekazującego. Adresat: pielęgniarka jednostki przejmującej opiekę.

1. DANE PACJENTA I PRZEKAZANIA

Imię i nazwisko	PESEL	Data urodzenia

Oddział przekazujący	Data i godzina wypisu	Nr historii choroby

Jednostka przejmująca opiekę	Telefon kontaktowy do oddziału

2. SAMODZIELNOŚĆ I PORUSZANIE SIĘ

Poruszanie się: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą 1 osoby ☐ z pomocą 2 osób ☐ leżący

Sprzęt pomocniczy: ☐ brak ☐ kula / laska ☐ balkonik ☐ wózek ☐ podnośnik

Mycie i ubieranie: ☐ samodzielnie ☐ częściowa pomoc ☐ całkowita pomoc

Przyjmowanie posiłków: ☐ samodzielnie ☐ wymaga przygotowania ☐ wymaga karmienia

Skala oceny samodzielności (nazwa i wynik): .....

3. ODŻYWIANIE I NAWODNIENIE

Droga podaży: ☐ doustnie ☐ PEG ☐ zgłębnik ☐ gastrostomia ☐ żywienie pozajelitowe

Konsystencja: ☐ zwykła ☐ rozdrobniona ☐ papkowata ☐ płynna ☐ zagęszczane płyny

Zaburzenia połykania: ☐ nie ☐ tak jeżeli tak — opis poniżej

Dieta i ograniczenia (w tym płynów): .....

Uwagi dotyczące karmienia: .....

4. SKÓRA I RYZYKO ODLEŻYN

Ryzyko odleżyn: ☐ niskie ☐ średnie ☐ wysokie skala i wynik: .....

Odleżyny obecne: ☐ nie ☐ tak — przy przyjęciu do szpitala ☐ tak — powstałe w trakcie pobytu

Lokalizacja i stopień: .....

Stosowane opatrunki i częstość zmiany: .....

Zmiana pozycji co: ☐ 2 h ☐ 3 h ☐ 4 h ☐ nie dotyczy materac przeciwodleżynowy: ☐ tak ☐ nie

5. WYDALANIE

Kontrola zwieraczy: ☐ pełna ☐ częściowa ☐ brak

Cewnik moczowy: ☐ nie ☐ tak data założenia: ..... planowa wymiana: .....

Stomia: ☐ nie ☐ kolostomia ☐ ileostomia ☐ urostomia kto zaopatruje: .....

Wypróżnienia: ☐ regularne ☐ zaparcia ☐ biegunki ostatnie wypróżnienie: .....

6. RYZYKO UPADKU

Poziom ryzyka: ☐ niskie ☐ średnie ☐ wysokie skala i wynik: .....

Upadek w trakcie hospitalizacji: ☐ nie ☐ tak data i okoliczności: .....

Stosowane zabezpieczenia: ☐ barierki ☐ oznaczenie wizualne ☐ sala przy dyżurce ☐ obuwie antypoślizgowe

7. BÓL

Pacjent komunikuje ból: ☐ tak, słownie ☐ tak, niewerbalnie ☐ nie komunikuje

Stosowana skala oceny bólu: .....

Lokalizacja bólu i co go nasila: .....

Leczenie przeciwbólowe i skuteczność: .....

8. KOMUNIKACJA, FUNKCJE POZNAWCZE, ZACHOWANIE

Orientacja: ☐ pełna ☐ zaburzona okresowo ☐ zaburzona stale

Kontakt słowny: ☐ pełny ☐ ograniczony ☐ brak afazja: ☐ tak ☐ nie

Wzrok i słuch: ☐ bez odchyleń ☐ okulary ☐ aparat słuchowy ☐ niedowidzenie ☐ niedosłuch znaczny

Zachowanie w nocy: ☐ spokojne ☐ pobudzenie ☐ wędrowanie ☐ wołanie
Co pacjenta uspokaja: .....
Czego pacjent się obawia, na co reaguje źle: .....
Sposób komunikowania potrzeb (jeżeli nietypowy): .....

9. RANY, DOSTĘPY NACZYNIOWE, DRENY

Dostęp naczyniowy: ☐ brak ☐ obwodowy ☐ centralny ☐ port data założenia: .....
Rana pooperacyjna: ☐ nie ☐ tak — zagojona ☐ tak — w trakcie gojenia
Opis ran i sposób zaopatrzenia: .....
Dreny, szwy do usunięcia (co i kiedy): .....

10. ZAKAŻENIA I IZOLACJA

Nosicielstwo patogenu alarmowego: ☐ nie ☐ tak ☐ wynik oczekiwany
Drobnoustrój i materiał, data wyniku: .....
Zalecana izolacja: ☐ nie ☐ kontaktowa ☐ kropelkowa ☐ powietrzno-kropelkowa
Antybiotykoterapia w trakcie: ☐ nie ☐ tak lek i planowany czas zakończenia: .....

11. PRZEDMIOTY PRZEKAZANE WRAZ Z PACJENTEM

☐ okulary ☐ aparat słuchowy ☐ proteza zębowa ☐ proteza kończyny ☐ materac ☐ sprzęt stomijny ☐ leki własne
Inne: .....

12. OSOBA BLISKA I EDUKACJA

Imię i nazwisko osoby bliskiej	Relacja	Telefon

Upoważnienie do informacji o stanie zdrowia: ☐ jest w dokumentacji ☐ brak ☐ odmowa pacjenta
Osoba bliska była edukowana w zakresie: ☐ opieki ☐ leków ☐ sprzętu ☐ nie była edukowana
Zakres przekazanej edukacji i co wymaga dokończenia: .....

13. UWAGI PIELĘGNIARKI PRZEKAZUJĄCEJ

Informacje istotne dla opieki, których nie ujęto powyżej.

14. POTWIERDZENIE PRZEKAZANIA

Przekazała — pielęgniarka oddziału imię, nazwisko, podpis, data i godzina	**Przyjęła — pielęgniarka jednostki przejmującej** imię, nazwisko, podpis, data i godzina

Kartę wypełnia się dla każdego pacjenta przekazywanego do opieki instytucjonalnej. Wypełniona karta jest przekazywana wraz z kartą informacyjną z leczenia szpitalnego.

Kopia pozostaje w dokumentacji oddziału.