

DOKUMENTACJA PODOPIECZNEGO DOMU SENIORA MARCONI

Dane osobowe podopiecznego:

Imię i nazwisko	
Wiek	
Płeć	
Stan cywilny	
PESEL	
Adres zameldowania	

Data objęcia opieką _____

Rozpoznanie lekarskie _____

Schorzenia towarzyszące _____

Przebyte choroby i operacje _____

Leki stale przyjmowane _____

Zgłaszane dolegliwości (w dniu objęcia opieką lub przyjęcia) _____

Ból (charakter, miejsce, czas, częstotliwość i nasilenie) _____

Ocena wg skali Barthel _____ Ocena wg Norton _____ Ocena wg Mini-Mental _____

Kategoria opieki pielęgniarskiej w dniu przyjęcia / oceny: **I II III IV**

Dane kontaktowe osób ,które należy powiadomić w razie nagłego wypadku

1. Imię nazwisko _____

Telefon _____

Adres e-mail _____

1. Imię nazwisko _____

Telefon _____

Adres e-mail _____

1. Imię nazwisko _____

Telefon _____

Adres e-mail _____

Doświadczenie życiowe podopiecznego

Przeszłość rodzinna _____

Zajęcia zainteresowania _____

Pragnienia upodobania i obawy _____

OCENA STANU BIO- PSYCHO- SPOŁECZNEGO PODOPIECZNEGO

UKŁAD KRAŻENIA:

wartość RR _____ tętno: (liczba/min) _____ rytm: (regularne/nieregularne) _____

napiecie: prawidłowe/słabe/nadmierne, sinica: brak/obecna: lokalizacja _____

inne: _____

UKŁAD ODDECHOWY:

oddech: (liczba/min) _____ kaszel: brak/suchy/wilgotny/stały/napadowy

zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych: tak/nie _____

duszność: brak/wysiłkowa/spoczynkowa/napadowa/stridor _____

UKŁAD POKARMOWY I STAN ODŻYWIANIA:

ciężar ciała w kg _____ wzrost _____ BMI: _____ WHR _____

łaknienie: prawidłowe/brak nudności, wymioty: brak/obecne zaparcia: brak/obecne _____

sposób odżywiania: doustnie/przez sondę/przetokę/pozajelitowe _____

UKŁAD MOCZOWO – PŁCIOWY:

diureza dobową: _____

sposób wydalania moczu: fizjologiczny/cewnik/przetoka _____

nietrzymanie moczu: brak/obecne: okresowe/stałe _____

UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY:

postawa ciała: prawidłowa/nieprawidłowa _____

sprawność kończyn górnych: pełna/ograniczona/brak _____

sprawność kończyn dolnych: pełna/ograniczona/brak _____

zakres ruchów: pełny/ograniczony/brak _____

UKŁAD NERWOWY:

orientacja: zaburzona/niezaburzona _____

świadomość: pełna/senność/stan przedśpiączkowy/śpiączka _____

punktacja wg skali Glasgow _____

chód: prawidłowy/nieprawidłowy/nie chodzi _____

afazja: brak/obecne: płynna/niepłynna

sprawność umysłowa: _____

myślenie: prawidłowe/ nieprawidłowe

pamięć: prawidłowa/zaburzona

uwaga: prawidłowa/zaburzona

SKÓRA:

zabarwienie: prawidłowe/blade/zaczerwienienie/sinica

zmiany (charakter) _____

rany: brak/obecne _____

odleżyny: brak/ryzyko/obecne: lokalizacja/stopień

ryzyko powstania odleżyn wg skali Norton: _____

odleżyn: stopień wg Torrance'a _____ umiejscowienie _____

_____ etap gojenia _____

STAN EMOCJONALNY:

nastrój: wyrównany/podwyższony/ obniżony

reakcja podopiecznego na chorobę _____

stosunek podopiecznego do personelu: współpraca/brak współpracy

ZMYSŁY:

widzenie: prawidłowe/ślepotą/zaburzone

słyszenie: prawidłowe/ głuchota/zaburzone

zaburzenia równowagi: brak/obecne

OCENA SPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO: samodzielny/ograniczony/zależny,

punktacja wg. Skali Barthel _____ ocena prowadzącego: _____

miejsowość i data

pieczętka i podpis oceniającego

Imię i nazwisko podopiecznego _____

SKALA DOREEN NORTON

Stan fizyczny	Stan psychiczny	Aktywność fizyczna	Zdolność poruszania się	Nietrzymanie stolca/moczu
dobry (4) []	czujny (4) []	chodzi sam (4) []	pełna (4) []	nie (4) []
dość dobry (3) []	apatyczny (3) []	z pomocą (3) []	lekko ograniczona (3) []	sporadycznie (3) []
zły (2) []	splątany (2) []	siedzi (2) []	bardzo ograniczona (2) []	nietrzymanie moczu (2) []
bardzo zły (1) []	zamroczone (1) []	brak (1) []	brak (1) []	nietrzymanie stolca (1) []

Ilość uzyskanych punktów: _____

KLASYFIKACJA ODLEŻYN. PODZIAŁ ODLEŻYN WG TORRANCE'A.

- Stopień I** – zaczerwienienie blednące; ucisk palcem powoduje zblednięcie zaczerwienienia, ponieważ mikrokrążenie nie jest jeszcze uszkodzone. []
- Stopień II** – zaczerwienienie nieblednące; dokonane uszkodzenie mikrokrążenia. Mogą pojawiać się powierzchniowe uszkodzenia naskórka, pęcherze i ból. []
- Stopień III** - uszkodzenie wszystkich warstw skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem, dno wypełnia czerwona ziarnina lub żółte masy rozpadających się tkanek. []
- Stopień IV** – uszkodzenie obejmuje skórę i tkankę podskórną. Brzeg rany zwykle dobrze odgraniczony, dno odleżyny może pokrywać czarna martwica. []
- Stopień V** - martwica dotyczy także powięzi i mięśni, czasem stawów i kości. Powstają jamy i „kieszenie”, które są ze sobą połączone. Rana wypełniona jest czarnobrazowymi masami rozpadających się tkanek. []
- Nie dotyczy:** _____ []

SYSTEM KOLOROWY - PLANOWANIE LECZENIA ODLEŻYN

- Rany czarne** – sucha lub miękka czarna lub brązowa martwica wypełniająca dno odleżyny IV lub V. []
- Rany żółte** – kolor odleżyny pochodzi od martwiczych mas głównie z tkanki tłuszczowej; często są to rany zainfekowane. []
- Rany czerwone** – oznaczają fazę ziarninowania; ziarnina jest bardzo delikatna, nawet przy mikrourazach krwawi. []
- Rany różowe** – oznaczają fazę naskórkowania. []
- Nie dotyczy:** _____ []

Data i podpis osoby oceniającej (lekarz, pielęgniarka): _____

SKALA BARTHEL

Imię i nazwisko podopiecznego _____

L.P.	AKTYWNOŚĆ	PUNKTY
1	Spożywanie posiłków 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 – samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie) 0 – nie jest w stanie nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc (fizyczna) jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 – samodzielny	
3	Utrzymanie higieny osobistej 0 – potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, goleniu się, czesaniu, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety 0 – zależny 5 – częściowo potrzebuje pomocy 10 – niezależny w dotarciu do toalety oraz zakładaniu i zdejmowaniu ubrania	
5	Mycie, kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 – niezależny	
6	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 – nie porusza się samodzielnie lub jest zależny na wózku 5 – niezależny na wózku lub porusza się na odległość < 50 m przy użyciu sprzętu wspomagającego 10 – spaceruje z pomocą jednej osoby na odległość > 50 m 15 – niezależny, także przy użyciu sprzętu wspomagającego na odległość > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 – nie jest w stanie samodzielnie wykonać czynności 5 – potrzebuje pomocy (fizycznej, asekuracji, słownej) 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie 0 – całkowicie zależny 5 – potrzebuje pomocy, część czynności wykonuje samodzielnie	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatywy 5 – sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 – kontroluje oddawanie stolca	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 – sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 – kontroluje oddawanie moczu	
RAZEM:		

Data i podpis osoby oceniającej (lekarz, pielęgniarka): _____

KRÓTKA SKALA OCENY STANU PSYCHICZNEGO

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ARKUSZ DPOWIEDZI

Imię i nazwisko podopiecznego _____

1. ORIENTACJA W CZASIE I W MIEJSCU

Orientacja w czasie

Jaki jest teraz rok?

_____ []

Jaka teraz pora roku?

_____ []

Jaki jest teraz miesiąc?

_____ []

Jaka jest dzisiejsza data (którego dzisiaj mamy)?

_____ []

Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?

_____ []

Orientacja w miejscu

W jakim kraju się znajdujemy?

_____ []

W jakim województwie się znajdujemy?

_____ []

W jakim mieście się teraz znajdujemy?

_____ []

Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?

_____ []

Na którym piętrze się obecnie znajdujemy?

_____ []

2. ZAPAMIĘTYWANIE

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył(a).

Poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie (jedno słowo na sekundę).

BYK [] MUR [] LAS []

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

3. UWAGA I LICZENIE

Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem stop:

[] [] [] [] [] []

4. PRZYPOMINANIE

Proszę wymienić trzy słowa, które Pan(i) miał(a) wcześniej zapamiętać.

BYK [] MUR [] LAS []

5. FUNKCJE JĘZYKOWE

Nazywanie

Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówek, zegarek) jak nazywa się ten przedmiot?

_____ []

Jak nazywa się ten przedmiot?

_____ []

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie:

Ani tak, ani nie, ani ale.

_____ []

Wykonywanie poleceń

a) Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać to polecenie.

proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki

_____ []

złożyć ją oburącz na połowę

_____ []

i położyć ją na kolana

_____ []

Pokazujemy badanemu tekst polecenia zamieszczony na okładce: „proszę zamknąć oczy”.

proszę przeczytać to polecenie i je wykonać

_____ []

pisanie

Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania.

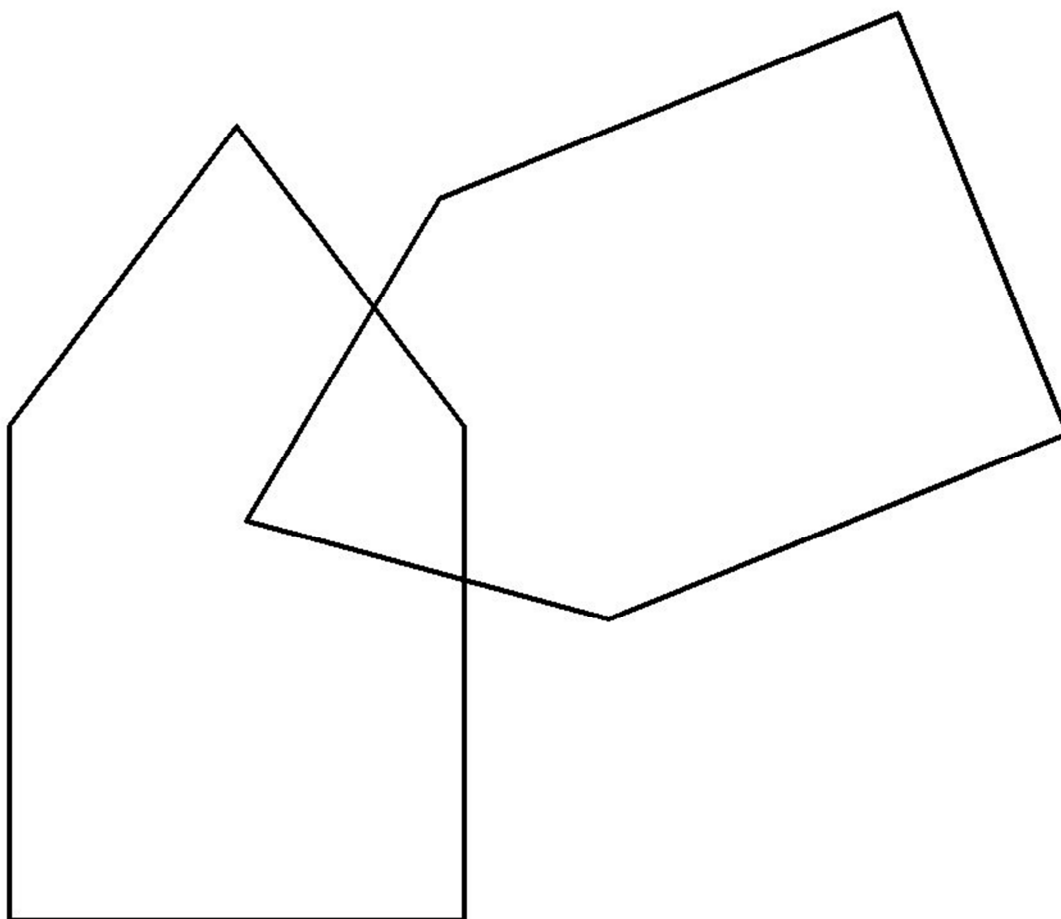
Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie

_____ []

6. PRAKSJA KONSTRUKCYJNA

Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie, jak tylko jest to możliwe

Rysunek zamieszczony jest na odwrocie ARKUSZA ODPOWIEDZI



OGÓLNA LICZBA PUNKTÓW : []

Pieczętka i podpis osoby oceniającej (lekarz, pielęgniarka): _____

OCENA GŁĘBOKOŚCI OTĘPIENIA :

30 - 27 - wynik prawidłowy

26 - 24 - zaburzenia poznawcze bez otępienia

23 - 19 - otępienie lekkiego stopnia

18 - 11 - otępienie średniego stopnia 10

- 0 - otępienie głębokie



Więcej niż opieka...

ul. Wrocławska 50, 58-100 Świdnica, tel. 74/ 851 88 55, 887 533 111
www.domsenioramarconi.pl, e-mail: domseniora@marconimedica.pl

WYZNACZNIKI KATEGORYZACJI PODOPIECZNYCH:

	Skala Barthel *	Skala Norton*	Skala MMSE *
Kategoria I opieka minimalna	86-100 punktów	16- 20 punktów	27-30 punktów
Kategoria II opieka umiarkowana	31-85 punktów	11- 15 punktów	24-26 punktów
Kategoria III wzmożona opieka	20-30 punktów	6-10 punktów	19-23 punktów
Kategoria IV opieka intensywna	0 – 19 punktów	0-5 punktów	0-18 punktów
Imię i nazwisko podopiecznego			
Uzyskana ilość punktów			
Zakwalifikowany do kategorii			
Data kolejnej oceny			

miejsowość i data

pieczętka i podpis osoby oceniającej
(lekarz, pielęgniarka)

*Klasyfikacja odbywa się na podstawie trzech skal. Intensywność opieki określana jest na podstawie skali w której podopieczny uzyskał najniższą ilość punktów.