



ОТПУСНО СЕСТРИНСКО ПИСМО

У Дому здравља _____

Подаци о пацијенту:

Презиме и име: _____

Датум рођења: _____

Адреса становања: _____

Телефон: _____

Био(ла) је код нас лечен и негован од _____

до _____

Ординирајући лекар _____

Тимска сестра _____

Дијагноза болести _____

1. Ко ће бринути о пацијенту код куће:

сам

породица именовати _____

други навести _____

Дијагноза болести позната пацијенту

ДА

НЕ

Дијагноза болести позната чл. породице

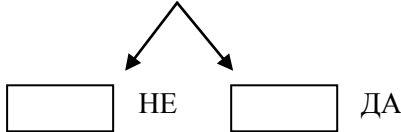
ДА

НЕ

Упутство о здравственој нези дато

пацијенту

породици



Садржај:

у писаној форми

усмено

отпусна листа са епикризом

упутства за негу коже

брошуре

НЕ

ДА

2. Контролни преглед дана _____ код _____

3. Наредна хоспитализација _____

ПСИХОФИЗИЧКО СТАЊЕ ПРИ ОТПУСТУ И ПОТРЕБЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНОМ НЕГОМ

сестринска дијагноза:

колаборативни проблем:

1. Хирушка рана _____

2. Дисање _____

3. Елиминација урина _____

4. Пражњење црева _____

5. Сан _____

6. Вредности Т°Ц _____

7. Комуникација _____

	<i>Нормално</i>	<i>Делимично зависно</i>	<i>Потпуно зависно</i>	сестринска дијагноза колаборативни проблем
8. Исхрана	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
9. Покретљивост и лежање у кревету	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
10. Облачење	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
11. Лична хигијена	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
12. Прилагођеност на околину	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
13. Знања о здрављу и болести	информисан	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ	_____
14. Пороци	пушење	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ	_____
	алкохол	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ	_____

1. Исхрана нормална
 дијета: _____

2. Стома – врста ДА НЕ _____

Стање коже _____

Пацијент укључен у „Стома клуб“ ДА НЕ

4. Катетер – врста ДА НЕ _____

Датум пласирања _____ датум последњег мењања _____

бр. катетера 14 16 18 20 22

НЕ

5. Декубитус Почетни, локализација _____

Присутни, локализација _____

Досадашњи поступци у нези учесталост окретања _____

помагала – антидекубитори _____

6. Бол Нема Благ Средње јачине Веома јак Неиздржив

Где _____

7. Остало _____

Молим Вашу посету и информацију о здравственом стању пацијента у кућним условима.

Датум _____

Телефон _____

Потпис тимске медицинске сестре

Главна медицинска сестра одељења
