

hrvatska komora medicinskih sestara • croatian nursing council
 Lašćinska 14a • HR - 10 000 Zagreb • Hrvatska / Croatia
 Tel. + 385 (0)1 24 44 303 • Fax: + 385 (0)1 24 44 306
 Internet: www.hkms.hr • E-mail: hkms@hkms.hr



Klasa: 001-01/09-01/62
 Ur. broj: 381-1-1-09-01
 Zagreb, 2. prosinca 2009.

7-12-2009

V4 59/19

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO DR. ANDRIJA ŠTAMPAR
 CENTAR ZA GERONTOLOGIJU – REFERENTNI CENTAR
 MINISTARSTVA ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI RH
 ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA
 VODITELJICA CENTRA
 prim.mr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić, dr.med.

**Predmet: Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege
 - odgovor, dostavlja se**

Poštovana gospođo Tomek-Roksandić,

izvješćujemo Vas kako Hrvatska komora medicinskih sestara, prema preporuci Stručnog vijeća, prihvaća sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku 27. stavak 1. t. 4. Zakona o sestinstvu („Narodne novine“ broj 121/03 i 117/08)

Također Vas izvješćujemo kako Hrvatska komora medicinskih sestara podržava primjedbu Centra za gerontologiju na Prijedlog izmjene Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja da se točka 1.6. izmijeni tako da glasi "Program gerontološke zdravstvene zaštite za osobe starije od 65 godina".

S poštovanjem,



Gerijatrijska zdravstvena njega u domova za starije osobe

Centar za gerontologiju ZJZ“ Dr.Andrija Štampar“Referentni centar MZISS RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, u suradnji s HKMS te Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Katedrom za obiteljsku medicinu,HDZGIGHLZ-a, izradio je Program primjene 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe,primjenom specifične primarne zdravstvene zaštite za gerijatrijske bolesnike.

Stručnu skupinu CZG ZJZ Dr A. Štampar, zaduženu za izradbu Programa gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije, sačinjavali su stručnjaci iz zdravstvene gerontologije s voditeljicom prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić dr.med.,Marica Lukić dipl.med.techn., Ana Deucht vms. prof.dr.sc.Sanja Blažeković-Milaković dr.med.,mr.sc. Nada Tomasović- Mrčela dr.med., Mara Županić dipl.med.techn.,dr. Vlasta Vučevac., Franica Pavković vms., Vesna Mioković bacc.med.techn.

Izradba tog programa omogućuje osiguranje djelatnosti tima liječnika obiteljske medicine i ravnomjernu zastupljenost **većeg broja medicinskih sestara ovisno o zdravstvenoj potrebi po individualnom gerijatrijskom bolesniku stacionarno smještenom u domu za starije osobe.** Time se osigurava kategorija gerijatrijskog osiguranika za primjenu 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege indiciranu njegovim zdravstvenim stanjem i funkcionalnom onesposobljenošću.

Kako bi se mogla evaluirati provedba gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije ,bilo je nužno izraditi sestrinsku dokumentaciju za gerijatrijskog bolesnika. Tako je po prvi puta u Hrvatskoj, donesena **povijesna potvrda** u prosincu 2009. godine **Hrvatske komore medicinskih sestara o prihvaćanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe,kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku 27.stavak1.t.4. Zakona o sestrinstvu („Narodne Novine“broj 121/03 i 117/08).** Također je Hrvatska komora medicinskih sestara podržala ,izmjenu i dopunu, Centra za gerontologiju na Prijedlog izmjene Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja , po točki 1.6.koja glasi:**Program gerontološke zdravstvene zaštite za osobe starije od 65 godina.**

Centar za gerontologiju ZJZ Dr.A. Štampar-Referentni centar MZSS RH
za zaštitu zdravlja starijih osoba
Marica Lukić dipl.med.techn.

DOM ZA STARIJE OSOBE: _____

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA ZA GERIJATRIJSKOG KORISNIKA

SESTRINSKO OTPUSNO PISMO ZA GERIJATRIJSKOG KORISNIKA

**KATEGORIZACIJSKI POSTUPNIK (1-19 OBRASCA PRAĆENJA GERIJATRIJSKE
ZDRAVSTVENE NJEGE)**

IZVOR: CENTAR ZA GERONTOLOGIJU ZJZ „DR. ANDRIJA ŠTAMPAR”

MATIČNI OBRAZAC

DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

OSOBNI PODACI

OBITELJSKI LIJEČNIK

SKRBNIK: ne da

Ime: _____

Ime: _____

Ime: _____

Prezime: _____

Prezime: _____

Prezime: _____

Djevojačko prezime: _____

Ulica i mjesto: _____

Srodstvo: _____

JMBG / OB: _____

Tel. br. / fax ordinacije: _____

Broj telefona: _____

Datum prijema u Dom: _____ Soba: _____

Broj mob.: _____

Ur. br., rješenje i datum: _____

Mjesto rođenja: _____

Ostale punomoći: _____

Datum rođenja: _____

Bračno stanje: _____

Adresa stanovanja: _____

Vjeroispovijest: _____

Osobno: ne da

Zanimanje: _____

Članovi obitelji: ne da

Drugi: _____

Državljanstvo: _____

Raspologanje novčanim sredstvima: ne da

Zdravstveno osiguranje: _____

Ostala sredstva: _____

Broj osigurane osobe: _____

Podizanje recepata i lijekova: ne da

Pranje rublja: Dom čl. obitelji

Dopunsko osiguranje: Dom čl. obitelji

Kategoriz. bolesnika: _____ Datum: _____

Nabava pelena: HZZO Dom čl. obitelji

Dijagnoza zdravstvene njege: _____

Članovi obitelji: _____

Kontakt osoba: _____

Broj telefona: _____

BIOGRAFIJA - ŽIVOTNI DOGAĐAJI

Da li rado telefonirate: da ne

Da li želite sudjelovati u religioznim aktivnostima :
 da ne

Želite li posjet svećenika: da ne

Želite li gledati TV program: da ne
 koji: _____

Komunikacijske potrebe:
 djeca susjedi prijatelji

Način komunikacije:
 normalna s poteškoćama ne komunicira

Imate li omiljeno jelo: da ne
 koje _____

Koja vrsta hrane Vama ne odgovara: _____

Imate li omiljenu tekućinu : da ne
 koje _____

Koja vrsta tekućina Vam ne odgovara: _____

Vrijeme ustajanja: _____

Pušenje : da ne

Komada / dan : _____ koliko godina pušite: _____

Alkohol: da ne

Količina / dan: _____ koliko godina pijete: _____

Droga: da ne

Ostali rizični faktori: _____

Ostala zapažanja: _____

Fizikalni pregled:
 Visina: _____ cm

Težina: _____ kg

ITM: _____

Normalna Pretilost Pothranjenost

Krvni tlak: _____ / _____

Puls: _____

Tjelesna temp: _____ / na čin mjerenja : _____

Lijekovi koje uzima: _____

Što je za Vas u Vašem životu posebno važno: _____

Tko Vam je u životu posebno važan: _____

Fizikalna terapije / vježbe: da ne
 koje: _____

ORTOPEDSKA POMAGALA										
	KOLIČINA	Datum prijema	POMAGALO USTANOVE	OSOBNNA POMAGALA	HZZO (br.odobrenja)	Datum vraćanja	NAZIV USTANOVE KOJA JE PREDLOŽILA POMAGALO	OD – DO	OTPUŠNO PISMO	
									DA	NE
Naočale	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktne leće	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slušni aparat	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubna proteza	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteza za ruku	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteza za nogu	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidska kolica	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodalica	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Štap	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Štake	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompresivne čarape	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidekubitarna pomagala	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidekubitarni madrac	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparat za kisik	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalator	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostalo	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostalo	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostalo	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opaska o pomagalima: _____

SESTRINSKA ANAMNEZA	Ime i prezime:	Datum:
Datum rođenja:		

PRANJE I OBLAČENJE

Njega tijela / odijevanje:
Pranje cijelog tijela / u krevetu

Tuširanje

Kupanje u kadi

Djelimično pranje

Pranje kose

Njega usta i zubala / proteza

Brijanje

Podrezivanje noktiju

Odijevanje / Skidanje

Intimna njega želi od:

Navike / Potrebe:

- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno
- medicinska sestra

- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- medicinski tehničar

- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe

- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi

koje: _____

Izglyed kože:	<input type="checkbox"/> normalna	<input type="checkbox"/> suha	<input type="checkbox"/> vlažna	<input type="checkbox"/> prhutava	<input type="checkbox"/> crvena
Rizik od dekubitusa	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da				
Braden ljestvica (br. bodova):	_____boda / ova				
Lokacija rane:	_____				
Foto dokumentacija rane: opisana u izvješću: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da					

POKRETNOST

Hodanje: krevet/stolica/toalet

Hodanje: unutar sobe

Hodanje: izvan sobe

Hodanje: stubištem

Pokretljivost: sa inval. kolicima

Korištenje ortop. pomagala

Navike / Potrebe

- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno
- samostalno

- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala
- uz pomoć savjeta/pomagala

- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe
- uz pomoć druge osobe

- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi
- potpuno ovisan o drugoj osobi

Koje: _____

Ležanje u postelji	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> povremeno	<input type="checkbox"/> stalno
Kontrakture	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	gdje: _____
Spazam	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	gdje: _____

PREHRANA I TEKUĆINA

- Uzimanje hrane**
 samostalno
 uz pomoć savjeta/pomagala
 samostalno
 uz pomoć druge osobe
 normalna
 lagana - usitnjena
 ne da
koja: _____
 otežano
 potranjenost
 normalno
 normalna
koja: _____
 nazogastrična - sonda
 gastrostoma
koje: _____
- Uzimanje tekućine**
 uz pomoć druge osobe
 potpuno ovisan o drugoj osobi
Prehrana
 uz pomoć savjeta/pomagala
 uz pomoć druge osobe
 pasirana
 vegetarijanska
Dijetalna prehrana
dijabetička dijeta: _____
 teško
 zubna proteza: ne da
Gutanje / žvakanje
 povećana tjelesna masa
 deblija
Tjelesna masa
alergije: _____
Ograničena prehrana
količina tekuće hrane/ml: _____količina tekućine / ml: _____
Enteralna prehrana
koje: _____
Navike / Potrebe

ELIMINACIJA STOLICE I URINA

- Odlazak u toalet**
 samostalno
 uz pomoć savjeta/pomagala
 ne da
 ne
 uz pomoć druge osobe
Rizik za opstipaciju
 stalna
 povremena
Inkontinencija mokraće/pomagalo
 stalna
 povremena
Retencija urina
 stalna
 povremena
Inkontinencija stolice
 stalna
Sredstva za inkontinenciju
koja: _____
Sredstva za optstipaciju
koja: _____
Urinarni kateter
Broj: _____ datum: _____ urostoma Broj: _____ datum: _____
 ne da
lokalija: _____
Anus preter
koje: _____
Navike / Potrebe

ODMOR I SPAVANJE

- Vrijeme spavanja / noć**
koje: _____
Dnevno spavanje
koje: _____
Smetnje spavanja / nesanica
koje: _____
Lijekovi za spavanje
 ne da ponekad
koji: _____
Navike / Potrebe
koje: _____

KOMUNIKACIJA

Komunikacija

- normalna
 pismena
 normalna
 normalna
 normalna
 koja: _____
 koje: _____

Komunikacija-gestika / mimika

- s poteškoćama - na upit
 pomoćna sredstva - koja: _____
 otežana
 nagluh
 slabovidan

- ne komunicira
 nijem
 gluh
 slijep

- ne govori
 slušni aparat: ne da
 naočale / leće: ne da

Pomoćna sredstva komunik.

Navike / Potrebe _____

Orijentacija u vremenu

- normalna
 normalna
 normalna
 normalna

Orijentacija u prostoru

- povremena
 povremena
 povremena
 povremena

Osobna orijentacija

- dezorijentiran
 dezorijentiran
 dezorijentiran
 dezorijentiran

Situacijska orijentacija

RADNA AKTIVNOST

Sudjelovanje u aktivnostima

- normalno
 priprema obroka
 ne da
 koje: _____

Dnevne aktivnosti

- uz motivaciju
 radionice
 koje: _____

Vanjske aktivnosti / Izleti

- ne sudjeluje
 TV, radio
 zapažanja: _____
 novine / knjige

Navike / Potrebe / Interesi

DISANJE

Normalno disanje

- ne da

Otežano disanje - boja kože

osobitosti: _____

Otežano disanje pri naporu

osobitosti: _____

Navike / Potrebe

osobitosti: _____

Trahealna kanila:

- ne da

Njega trahealne kanile

- samostalno

Primjena kisika / promatranje

- ne da

- uz pomoć savjeta/pomagala
 uz pomoć druge osobe
 potpuno ovisan o drugoj osobi
 Litara po minuti: _____

REGULACIJA TJELESNE TEMPERATURE

Prilagodba na vanjsku temp.

- toplo: ne da

Tjelesna temperatura

- normalna

Navike / Potrebe / Interesi

koje: _____

- hladno: ne da

- povišena: _____

OSOBITOSTI U ODNOSU ŽENA / MUŠKARAC

Sexualna aktivnost osobitosti: _____
Osobitosti _____
Navike / Potrebe koje: _____

PSIHOSOCIJALNA AKTIVNOST

Duševno stanje normalno zbunjen strah povučen euforičan
Religiozne aktivnosti redovito povremeno ne sudjeluje osobitosti: _____
Socijalni kontakt često redovito rijetko nema socijalnog kontakta
Navike / Potrebe koje: _____

BRIGA O VLASTITOJ SIGURNOSTI

Briga o vlastitoj sigurnosti normalna otežana ne postoji osobitosti: _____
Opasnost za sebe i okolinu ne da osobitosti: _____
Sigurnost od plin ne da ne da voda ne da vatra ne da
Opasnost izlaska / bježanja ne da osobitosti: _____
Navike / Potrebe koje: _____

Uzimanje lijekova	<input type="checkbox"/> samostalno	<input type="checkbox"/> uz nadzor	<input type="checkbox"/> uz pomoć druge osobe	<input type="checkbox"/> potpuno ovisan o drugoj osobi
Zbrinjavanje rane	<input type="checkbox"/> samostalno	<input type="checkbox"/> uz nadzor	<input type="checkbox"/> uz pomoć druge osobe	<input type="checkbox"/> potpuno ovisan o drugoj osobi
Lokacija rane	gdje: _____			

Datum: _____ **Potpis glavne sestre:** _____ **Potpis korisnika (članova obitelji):** _____

OBRAZAC br. 5

PLAN PROCESA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE					Datum:
Ime i prezime:					Datum:
DATUM / POTPIS:	SESTRINSKA DIJAGNOZA PROBLEMI / RESURSI	CILJEVI ZDR. NJEGE:	Datum kontrole	MJERE ZDR. NJEGE / INTERVENCIJE	DATUM / POTPIS EVALUACIJA:

PRIMJER OBRASCA br. 5

PLAN PROCESA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE	Ime i prezime: npr. Gđa. Ivona Horvat	Datum: 27.6.2010
---	--	-------------------------

DATUM / POTPIS:	SESTRINSKA DIJAGNOZA PROBLEMI / RESURSI	CILJEVI ZDR. NJEGE:	Datum kontrolne	MJERE ZDR. NJEGE / INTERVENCIJE	DATUM / POTPIS EVALUACIJA:
27.6.2010 ANA DEUCHT bacc.med .techn.	R: G.O. uz pomoć i upute m.sestre može djelimično provesti njegu tijela R: G.O. uz pomoć m.sestre samostalno obavlja njegu zubi i zubne proteze R: G.O. uz pomoć i upute m.sestre može se djelimično obući i skinuti P: G.O. nemože samostalno oprati cijelo tijelo / obaviti tuširanje	Resurse održati i unaprijediti Njegovan vanjski izgled, osjećaj zadovoljstva i ugode Normalna fiziološka flora usne šupljine, neoštećena sluznica Odjeću prilagoditi vremenskoj situaciji (godišnjem dobu) Njegovan vanjski izgled – osjećaj zadovoljstva	17.07.10 ANA DEUCHT	1x dnevno (ujutro) djelimično pranje tijela od strane m. sestre 2x dnevno (ujutro i navečer) njega zubi i zubne proteze uz pomoć / savjet m. sestre 1x tjedno – pranje kose od strane m. Sestre Frizer po potrebi 1x tjedno - kupanje / tuširanje od strane m. sestre	
	P: G.O. nemože samostalno izrezati nokte			2x dnevno(ujutro i navečer) njega intimnog područja od strane m. sestre 1x tjedno i po potrebi promjena posteljine od strane m. sestre 1x tjedno rezanje noktiju od strane m. sestre 1x mjesečno njega stopala - pediker	
	P: G.O. nemože samostalno provest njegu nogu P: G.O. ima suhu kožu	Normalna / intaktna koža		2x dnevno – njega kože sa lonsionom za njegu tijela od strane m. sestre Navečer priprema odjeće za sutrašnji dan	
				2x dnevno oblačenje / skidanje odjeće i po potrebi od strane m. sestre	09.08.2010 ANA DEUCHT bacc.med.techn.
09.08.2010 ANA DEUCHT					

ZDRAVSTVENA NEGA: PRVA SMJENA						Ime i prezime:										Datum:															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
POKRETLJIVOST																															
POMOĆ KOD USTAJANJA IZ KREVETA																															
POMOĆ KOD HODANJA																															
POMOĆ KOD IZLASKA IZ SOBE																															
POMOĆ KOD STAJANJA																															
POMOĆ KOD HODANJA STUBIŠTEM																															
POMOĆ KOD HODANJA DO KREVETA																															
PREMJESTANJE U INVALIDSKA KOLICA																															
OSTALO																															
PREHRANA I TEKUĆINA																															
POMOĆ KOD DORUČKA																															
POMOĆ KOD MEĐUOBROKA																															
POMOĆ KOD RUČKA																															
POMOĆ KOD UZIMANJA TEKUĆINE																															
ELJMINACIJA																															
POMOĆ KOD ODLASKA U TOALET																															
PROMJENA PELENA / ULOŽAK																															
PROMJENA PELENA / PODLOŽAK																															
PROMJENA PELENA **																															
PRAŽNENJE NOĆNE POSUDE																															
POMOĆ KOD STAVLJANJA NA NOĆNU POSUDU																															
PRAŽNENJE URIN VREĆICE																															
PROMJENA URO STOMA																															
PROMJENA VREĆICA ZA STOLICU / ANUS PRETER																															

* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena) ** Stupnjevi upijanja pelena: 1 – normalno 2 – srednje 3 – najviše

ZDRAVSTVENA NJEGA: DRUGA SMJENA					Ime i prezime:													Datum:													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
PRANJE I OBLAČENJE																															
PRANJE CJELOG TIJELA / KREKET																															
PRANJE GORNJEG I DONJEG DIJELA TIJELA / KREKET																															
PRANJE GORNJEG DIJELA TIJELA (UMIVAONIK)																															
TUŠIRANJE CJELOG TIJELA KUPAONA																															
DJELOMIČNO TUŠIRANJE / KUPAONA																															
KUPANJE / KUPKA KUPAONA																															
DVJJE SESTRE / NJGOVATELJ																															
PRANJE I NJEGA NOGU																															
BRJANJE																															
NJEGA USNE ŠUPLJINE																															
PRANJE ZUBI / Z. PROTEZE																															
PRANJE KOSE																															
ČEŠLJANJE KOSE																															
PRANJE KOSE U KREVETU																															
PEDIKURA																															
(REZANJE I NJEGA NOKTIJU)																															
NJEGA I REZANJE NOKTIJU RUKU																															
CJELOKUPNO OBLAČENJE / SVLAČENJE																															
DJELOMIČNO OBLAČENJE / SVLAČENJE																															
CJELOVITO PRESVLAČENJE KREVETA																															
DJELOMIČNO PRESVLAČENJE KREVETA																															
PRESVLAČENJE KREVETA (PO POTREBI)																															

* U kutice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

ZDRAVSTVENA NJEGA: NOĆNA SMJENA		Ime i prezime:											Datum:																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
PRANJE I OBLAČENJE	DJELIMIČNO PRANJE																																					
	TUŠIRANJE																																					
	DJELIMIČNO PRESVLAČENJE KREVETA																																					
	OBLAČENJE I ISVLAČENJE																																					
PREHRANA I TEKUĆINA																																						
UNOS HRANE GASTROSTOMA / PROMIJENA																																						
POMOĆ KOD NOČNOG OBROKA (22 h)																																						
POMOĆ KOD UZIMANJA TEKUĆINE																																						
NOĆNI OBLAZAK / POSJET																																						
NOĆNI OBLAZAK																																						
NOĆNI OBLAZAK																																						
NOĆNI OBLAZAK																																						
ELIMINACIJA																																						
POMOĆ KOD ODLASKA U TOALET																																						
POMOĆ KOD ODLASKA U TOALET																																						
POMOĆ KOD ODLASKA U TOALET																																						
ZBRINJAVANJE INKONT																																						
PROMJENA PELENA / ULOŽAK																																						
PROMJENA PELENA / PODLOŽAK																																						
PROMJENA PELENA **																																						
PREVENTIVNA NJEGA																																						
DEKUBITUS																																						
KONTRAKTURA																																						
PNEUMONIJA																																						
OJEDINE																																						
SOOR / NASLAGE NA JEZIKU																																						
PROMJENA POLOŽAJA																																						
OKRETANJE U KREVETU																																						
POMOĆ KOD NOČNOG HODANJA																																						
PROMATRANJE																																						
POMOĆ KOD ORIJENTACIJE																																						

* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena) ** Stupnjevi upijanja pelena: 1 - normalno 2 - srednje 3 - najviše

PREVENTIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA: PRVA SMJENA													Ime i prezime:					Datum:													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
DEKUBITUS / KONTRAKTURE																															
ANTIDEKUBITALNI MADRACI																															
ANTIDEKUBITALNA POMAGALA																															
KOLUTIĆI																															
NJEGA KOŽE																															
OKRETANJE U KREVTU																															
VJEŽBE POKRETLJIVOSTI / EKSTREMITETA																															
DJELOMIČNO PREMJESTANJE																															
PREMJESTANJE U STOLICU / INVALID. KOLICA																															
PRAĆENJE / STRUČNO SAVJETOVANJE																															
POMOĆ U ORIJENTACIJI																															
KOMUNIKACIJA / EDUKACIJA																															
PNEUMONIJA																															
VJEŽBE DISANJA																															
INHALACIJA																															
ISKAŠLJAVANJE																															
SOOR																															
OJEDINE																															
TROMBOZA																															
POSTAVLJANJE ELASTIČNOG ZAVOJA																															
KOMPRESIVNE ČARAPE																															
OSTALO: _____																															

* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

PREVENTIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA: DRUGA SMJENA							Ime i prezime:							Datum:																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
DEKUBITUS / KONTRAKTURE																														
ANTIDEKUBITALNI MADRACI																														
ANTIDEKUBITALNA POMAGALA																														
KOLUTIĆI																														
NJEGA KOŽE																														
OKRETANJE U KREKETU																														
VJEŽBE POKRETLJIVOSTI / EKSTREMITETA																														
DJELOMIČNO PREMJEŠTANJE																														
PREMJEŠTANJE U STOLICU / INVALID. KOLICA																														
PRAĆENJE / STRUČNO SAVJETOVANJE																														
POMOĆ U ORIJENTACIJI																														
KOMUNIKACIJA / EDUKACIJA																														
PNEUMONIJA																														
VJEŽBE DISANJA																														
INHALACIJA																														
ISKAŠLJAVANJE																														
SOOR																														
OJEDINE																														
TROMBOZA																														
POSTAVLJANJE ELASTIČNOG ZAVOJA																														
KOMPRESIVNE ČARAPE																														
OSTALO: _____																														

* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

SPECIFIČNI POSTUPCI / ZDRAVSTVENE NJEGE													Ime i prezime:										Datum:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ZBRINJAVANJE RANA I POVREDA																															
DEKUBITUS																															
OSTALO: _____																															
KATERIZACIJA MOKRAČNOG MJEHURA																															
POSTAVLJANJE / PROMJENA																															
BROJ _____ KATERA																															
NJEGA SPOLOVILA I KATERA																															
NJEGA UROSTOME / PROM. ZAVOJA																															
BROJ UROSTOMA KATERA																															
ENTERALNA PREHRANA																															
GASTOSTOMA																															
PROMATRANJE / POLOŽAJ GASTOSTOME																															
NAZOGASTRIČNA SONDA																															
NJEGA SONDE																															
PROMJENA ZAVOJA																															

* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

PROMATranJE ZDRAVSTVENOG STANJA														Ime i prezime:											Datum:										
UNOS TEKUĆINE / 24h u ml		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
IZLUĆIVANJE TEKUĆINE / 24 h u ml																																			
STOLICA (oznaka unosa ●)																																			
MALA KOLIČINA																																			
VELIKA KOLIČINA																																			
DIAREA																																			
TJELESNA TEŽINA																																			

KONTROLA VITALNIH ZNAKOVA (PULS, KRVNI TLAK, TJELESNA TEMPERATURA, DISANJE, BOL)

DATUM:		VRJEME:	VRJEDNOST:	POTPIS:	DATUM:		VRJEME:	VRJEDNOST:	POTPIS:	DATUM:		VRJEME:	VRJEDNOST:	POTPIS:

* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

EVALUACIJA / SESTRINSKO IZVJEŠĆE	Ime i prezime:	Datum:
---	-----------------------	---------------

KOD NOVOG OBRASCA , NAVESTI KRATKI OPIS PRETHODNOG STANJA!

DATUM	VRJEME	UPIS SMJENA:	PLAVA BOJA = PRVA SMJENA CRNA BOJA = DRUGA SMJENA CRVENA BOJA = NOĆNA SMJENA	POTPIS	DATUM	VRJEME	UPIS SMJENA:	PLAVA BOJA = PRVA SMJENA CRNA BOJA = DRUGA SMJENA CRVENA BOJA = NOĆNA SMJENA	POTPIS

* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

DATUM	VRJEME	UPIS SMJENA:	PLAVA BOJA = PRVA SMJENA CRNA BOJA = DRUGA SMJENA CRVENA BOJA = NOĆNA SMJENA	POTPIS	DATUM	VRJEME	UPIS SMJENA:	PLAVA BOJA = PRVA SMJENA CRNA BOJA = DRUGA SMJENA CRVENA BOJA = NOĆNA SMJENA	POTPIS

* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

EVIDENCIJA ORDINIRANE I PRIMLJENE TERAPIJE			
Ime i prezime:	Datum rođenja:	Spol:	Datum: Potpis med. sestre:

PRIPREMA I UZETE KAPI

LJJEK – DOZA – NAČIN DAVANJA

MJESEC:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	
D.																															
R.																															
V.																															
N.																															

PRIPREMA I UZETE TABLETE

LJJEK – DOZA – NAČIN DAVANJA

MJESEC:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	
D.																															
R.																															
V.																															
N.																															


* U kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

BRADEN LJESTVICA ZA PROCJENU RIZIKA DEKUBITUSA

IME I PREZIME DATUM ROĐENJA SPOL ODJEL DATUM POTPIS GL. SESTRE ODJELA

OBILJEŽJA GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA	STUPANJ RIZIKA 1.	STUPANJ RIZIKA 2.	STUPANJ RIZIKA 3.	STUPANJ RIZIKA 4.	BODOVI
POKRETLJIVOST	1. POTPUNO NEPOKRETAN	2. VRLO OGRANIČENA	3. LAGANO OGRANIČENA	4. BEZ OGRANIČENJA	
	PACIJENT NE MIENJA SAMOSTALNO POLOŽAJ TIJELA NITI EKSTREMITETA NIMALO (BEZ POMOĆI)	POVREMENO UČINI MALE PROMJENE POLOŽAJA TIJELA IЛИ EKSTREMITETA ALI NEMOŽE SAMOSTALNO UČINITI ZNACAJNIJE PROMJENE POLOŽAJA IЛИ UČESTALO MIJENJATI POLOŽAJ TIJELA.	PRAVI UČESTALO MALE PROMJENE POLOŽAJA DIJELOVA TIJELA IЛИ EKSTREMITETA SAMOSTALNO.	PRAVI VELIKE I ČESTE PROMJENE POLOŽAJA TIJELA SAMOSTALNO.	
AKTIVNOST	1. U POSTELJI	2. U STOLICI	3. POVREMENO ŠEĆE	4. ČESTO ŠEĆE	
	PACIJENT JE STALNO U POSTELJI	SPOSOBNOST HODANJA JE VRLO OGRANIČENA IЛИ NEMOŽE HODATI. POTREBNA JE POMOĆ ZA PREMIJESTANJE U STOLICU IЛИ KOLICA.	POVREMENO ŠEĆE TJEKOM DANA ALI NA VRLO KRATKIM UDALJENOSTIMA SA IЛИ BEZ POMOĆI. POCYODI VEĆI DIO SMJENE U POSTELJI IЛИ STOLICI.	BAREM DVAPUT TJEKOM SMJENE ŠEĆE ZVAN SOBE TE PO SOBI BAREM JEDNOM SVAKA DVA SATA TJEKOM DANA.	
TRENGE I RAZVLAČENJE	1. PRISUTAN PROBLEM	2. POTENCIJALAN PROBLEM	3. NEIMA PROBLEMA		
	ZAHTEJEVA UMJERENU DO VELIKU POMOĆ PRI KRETANJU. KOMPLETNO DIZANJE BEZ KLIZANJA PO PLOHAMA JE NEMOŽUĆE. ČESTO ISKLIZNE U POSTELJI IЛИ STOLICI. ZAHTEJEVA ČESTE PROMJENE POLOŽAJA S MAKSIMALNOM POMOĆI. SPASTIČNOST, KONTRAKTURE IЛИ AGITIRANOST DOVODE GOTOVO UVJEK DO KONSTANTNOG TRENGA	MALAKSAO PRI KRETANJU IЛИ ZAHTEJEVA MINIMALNU POMOĆ. TJEKOM KRETANJA KOŽA VJEROJATNO KLIZI PO PLOHAMA, STOLICI I SličNO. ODRŽAVA RELATIVNO DOBAR POLOŽAJ U STOLICI IЛИ POSTELJI VEĆINU VREMENA. ALI POVREMENO ISKLIZI.	U POSTELJI IЛИ STOLICI. KREĆE SE SAMOSTALNO I MA Dovoljno MISIONE SNAGE ZA USPAJANJE. ODRŽAVA DOBAR POLOŽAJ U POSTELJI IЛИ NA STOLICI.		
SENZORNA PERCEPCIJA	1. KOMPLETNO OGRANIČENA	2. VRLO OGRANIČENA	3. LAGANO OGRANIČENA	4. BEZ OŠTEĆENJA	
	NE REGIRA NA BOLNE PODRAŽAJE USLIJED POREMEĆAJA STANJA SVIJESTI IЛИ JE OGRANIČENA SPOSOBNOST OSJETI BOLI NA VEĆEM DIJELU TIJELA	REAGIRA SAMO NA BOLNE PODRAŽAJE. BOL ISKAZUJE JAVIKANJEM I NEMIROM IЛИ JE PRISUTNO SENZORNO OŠTEĆENJE KOJE SMANJUJE PACIJENTOVU SPOSOBNOST OSJETI BOLA IЛИ NELAĞODU U VEĆEM DIJELU TIJELA.	3. LAGANO OGRANIČENA REAGIRA NA VERBALNE PODRAŽAJE ALI NEMOŽE UVJEK ISKAZATI NELAĞODU IЛИ POTREBU DA SE OKRNE IЛИ JE PRISUTNO SENZORNO OŠTEĆENJE KOJE SMANJUJE PACIJENTOVU SPOSOBNOST OSJETI BOLA IЛИ NELAĞODU U JEDNOM IЛИ DVA EKSTREMITETA.	4. BEZ OŠTEĆENJA REAGIRA NA VERBALNE PODRAŽAJE. NISU PRISUTNA SENZORNA OŠTEĆENJA. MOŽE ISKAZATI BOL I NELAĞODU.	
PREHRANA	1. VRLO SLABA	2. VJEROJATNO NEADEKVATNA	3. ADEKVATNA	4. ODLIČNA	
	NIKADA NE POJEDE GJELI OBROK RIJETKO POJEDE VIŠE OD POLA OBROKA. JEDE DVA IЛИ MANJE OBROKA PROTEINA. SLAB UNOS TEKUĆINE. NEUZIMA TEKUĆE DIJETNE DODATKE NA NIHLJU JE BISTRA, TEKUĆA DUJETA IЛИ INFUZIJA VIŠE OD 5 DANA.	RIJETKO POJEDE GJELI OBROK. OBIČNO POJEDE POLA PONUBENOG OBROKA. DNEVNO UNESE TRI OBROKA PROTEINA. POVREMENO UZIMA DIJETNE SUPLEMENTE IЛИ PRIMA MANJE OD POTREBNE TEKUĆE DIJETE IЛИ HRANE PUTEEM NG – SONDE.	JEDE VIŠE OD POLOVINE OBROKA. DNEVNO UNOSI 4 JEDINICE OBROKA. DNEVNO UNOSI 4 JEDINICE PROTEINA. POVREMENO KADA SU PONUĐENI. HRANI SE PUTEEM NG – SONDE IЛИ TPP (GASTROSTOMA). ŠTO VJEROJATNO ZADOVOLJAVA VEĆINU PREHRAMBENIH POTREBA.	POJEDE GOTOVO VEĆINU SVAKOG OBROKA. NIKADA NE ODBIJA OBROK. UNOSI 4 IЛИ VIŠE JEDINICA OBROKA. PROTEINA DNEVNO. POVREMENO JEDE IZMEĐU OBROKA. NISU POTREBNI SUPLEMENTI.	
VLAŽNOST	1. KOŽA STALNO VLAŽNA	2. KOŽA VRLO VLAŽNA	3. KOŽA POVREMENO VLAŽNA	4. KOŽA JE RIJETKO VLAŽNA	
	KOŽA JE GOTOVO STALNO VLAŽNA (ZNOJ, URIN). VLAŽNOST SE ZAMJEĆUJE PRI SVAKOM OKRETANJU PACIJENTA	KOŽA JE ČESTO ALI NE UVJEK VLAŽNA. POSTELJINU JE POTREBNO PROMIJENITI BAREM JEDNOM TJEKOM SMJENE	KOŽA JE POVREMENO VLAŽNA. POSTELJINU JE POTREBNO PROMIJENITI JEDNOM TJEKOM DANA	KOŽA JE OBIČNO SUHA. POSTELJINA SE RUTINSKI MIJENJA	
RIZIK OD DEKUBITUSA:					ZBROJ BODOVA: →
Nema rizika					
Prisutan rizik					
Umjeren rizik					
Visok rizik					
Vrlo visok rizik					

PREVENCIJA I PRAĆENJE DEKUBITUSA

IME I PREZIME:	DOB:	MB:	ODJEL:																																	
PROMJENA POLOŽAJA TIJELA																																				
 <p>Opis rane ¹⁾ I.°, II.°, III.°, IV.°, N, INF, K</p>	Sat																																			
	Leda L bok D bok Trbuš																																			
DATUM:	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22
VELIČINA RANE (širina, dubina, dužina)																																				
OKOLNO TKIVO (macerirano, upaljeno)																																				
KOLIČINA SEKRCIJE (mala, srednja, jaka)																																				
POSTUPAK S RANOM																																				
ANTIDEKUBITALNA POMAGALA																																				
UČESTALOST PRIJEVOJA																																				
BRADEN SKALA																																				
EVALUACIJA																																				
POTPIS MEDICINSKE SESTRE																																				

1) I.° - CRVENILO – ne povlači se; II.° - OŠTEĆENJE EPIDERMISA; III.° - OŠTEĆENJE POTKOŽNOG TKIVA; IV.° - ZAHVAĆEN MIŠIĆ (kost, tetiva);

N – NEKROZA; INF – POSTOJI INFEKCIJA; B – INTAKTNI MJEHR I SPUNJEN TEKUCINOM (BULA); E – ESKARA

* Kod promjene položaja tijela pacijenta u kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

UNOS I IZLUČIVANJE TEKUĆINA KROZ 24 SATA

Ime i prezime: _____

Odjel: _____ Soba: _____

UNOS TEKUĆINE KROZ 24 SATA (u ml)								UNOS TEKUĆINE KROZ 24 SATA (u ml)					
DATUM	VRJEME	DNEVNI UNOS TEKUĆINE (u ml)	IZLUČIVANJE URINA (u ml)	DRENAŽA (u ml)	OSTALO	POTPIS *							
							DATUM	VRJEME	DNEVNI UNOS TEKUĆINE (u ml)	IZLUČIVANJE URINA (u ml)	DRENAŽA (u ml)	OSTALO	POTPIS *
PROTOK TEKUĆINE KROZ 24 SATA:							PROTOK TEKUĆINE KROZ 24 SATA:						

* U kutice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

PROTOKOL PREHRANE

Ime i prezime:	Odjel:	Soba:												
Unos hrane:														
Dnevni obroci	Ponedjeljak	Utorak	Srijeda	Četvrtak	Petak	Subota	Nedjelja	Ponedjeljak	Utorak	Srijeda	Četvrtak	Petak	Subota	Nedjelja
Zajuttrak														
Doručak														
Ručak														
Užina														
Večera														
Noćni obrok														

Legenda:

NIŠTA – ○

Malo – 1/4

Pola – 1/2

Skoro sve – 3/4

Sve – ●

GERIJATRIJSKI OBRAZAC ZA PREVENCIJU PADA (S. HUHIN)

IME I PREZIME: _____ DATUM RODENJA _____ SPOL _____ DATUM _____ POTPIS GL.MED.SESTRE _____

OBILJEŽJA GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA	STUPANJ RIZIKA 4	STUPANJ RIZIKA 3	STUPANJ RIZIKA 2	STUPANJ RIZIKA 1	BODOVI
STAROST – DOBNE SKUPINE		80+	70 – 79	60 – 69	
MENTALNO STANJE	DJELIMIČNO – ZBUNJEN, SMETEN / DEZORJENTIRAN		ZBUNJEN – SMETEN / DEZORJENTIRAN		
OBAVLJANJE FIZIOLOŠKIH POTREBA	INKONTINENCIJA MOKRAĆE I STOLICE	OBAVLJANJE FIZIOLOŠKIH POTREBA ALI UZ STALNU POTREBNU POMOĆ DO TOALETA		MOKRAĆNI KATETER / ENTEROSTOMA	
PRETHODNI PADOVI I/IZ ANAMNEZE	IZ ANAMNEZE IMAO VIŠE OD 3 PADA		IZ ANAMNEZE IMAO JEDAN ILI DVA PADA		
STUPANJ TJELESNE AKTIVNOSTI	POTEŠKOĆE KOD USTAJANJA I HODANJA OD KREVETA DO STOLICE, INVAL. KOLICA	POTREBNA JE POMOĆ KOD USTAJANJA IZ KREVETA		SAMOSTALNO REDOVITO USTAJE I HODA DO TOALETA I KUPAONE	
POREMEĆAJI RAVNOTEŽE KOD KRETANJA (HODANJA)	NESTABILNOST KOD USTAJANJA I HODANJA	ORTOSTATSKE SMETNJE / CIRKULACIJSKE SMETNJE KOD USTAJANJA I HODANJA	POTEŠKOĆE KRETANJA – HODANJE JE MOGUĆE SAMO UZ KORIŠTENJE ORTOPEDSKIH POMAGALA ILI TUĐU POMOĆ	SAMOSTALNO USTAJANJE I HODANJE	
LJEKOVI (EVIDENCIJA PLANA PROPISANIH LJEKOVA ZA IDUĆE RAZDOBLJE 7 DANA)	KORISNIK PRIMA 3 ILI VIŠE LJEKA	KORISNIK PRIMA 2 LJEKA	KORISNIK PRIMA 1 LJEK		
ALKOHOL	REDOVITO		NEREDOVITO		
ZBROJ BODOVA: →					

RIZIK OD PADA: MALI : 0 – 4 BODA
 SREDNJI : 5 – 10 BODOVA
 VISOKI : 11 – 24 BODA
 VRLO VISOKI : 25 – 40 BODA

0 – 4 BODA
 OD 4 BODA – PODOZRETI MJERE PREVENCIJE PADA
 5 – 10 BODOVA
 11 – 24 BODA

IZVJEŠĆE O INCIDENTU (SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)

Ime i prezime	Matični broj	Odjel
Datum izvješća	Datum incidenta	Vrijeme incidenta
MJESTO INCIDENTA:		
Opis incidenta (spriječenog ili nastalog):	<input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto: _____	
Uzrok incidenta:	Vrsta incidenta:	
	<input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo: _____	
Izvješće medicinske sestre		
Izvješće bolesnika		
Izvješće druge osobe		
Odredbe liječnika po incidentu	Terapija:	
	Potpis liječnika:	
Odredbe i postupci medicinske sestre		
Potpis medicinske sestre:		
OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično)		
Obavijest dostaviti:		
.....		
.....		
.....		

Potpis med. sestre Radno mjesto Datum

PROCJENA BOLA

Ime i prezime:	Odjel:	Matični broj:
----------------	--------	---------------

LEGENDA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bez bola		Podnošljiva bol			Jaka bol			Vrlo jaka bol		Nepodnošljiva bol

Početak bola:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Opis bola:				Vrijeme javljanja:				Reakcija na bol:				Trajanja bola	
<input type="checkbox"/> oštra bol	<input type="checkbox"/> na pritisak			<input type="checkbox"/> neočekivano				<input type="checkbox"/> mirovanje				<input type="checkbox"/> akutno	
<input type="checkbox"/> žareća bol	<input type="checkbox"/> na lupkanje			<input type="checkbox"/> u mirovanju				<input type="checkbox"/> plakanje				<input type="checkbox"/> kronično	
<input type="checkbox"/> pulsirajuća bol	<input type="checkbox"/> na dodir			<input type="checkbox"/> u kretanju				<input type="checkbox"/> bijedilo kože				UČESTALOST	
<input type="checkbox"/> grčevita bol - kolike	<input type="checkbox"/> spontano			<input type="checkbox"/> kratko poslije jela				<input type="checkbox"/> znojenje				<input type="checkbox"/> kontinuirano	
<input type="checkbox"/> sjevajuća bol	<input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> danju				<input type="checkbox"/> mučnina/povraćanje				<input type="checkbox"/> često	
<input type="checkbox"/> šetajuća bol	<input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> noću				<input type="checkbox"/> širenje zjenica				<input type="checkbox"/> povremeno	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/> _____	

Postupci sestre:

Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:
		Potpis med. Sestre:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			
								Potpis med. Sestre:			

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			
								Potpis med. Sestre:			

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			
								Potpis med. Sestre:			

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			
								Potpis med. Sestre:			

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:			
								Potpis med. Sestre:			

DOM ZA STARIJE OSOBE _____

SESTRINSKO OTPUSNO PISMO ZA GERIJATRIJSKOG OSIGURANIKA

OSOBNI PODACI

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa _____

OSOBA ZA KONTAKT (skrbnik ili čl. obitelji)

Ime i prezime _____

Broj telefona _____

Upućuje se u bolnicu _____ dana _____ godine _____

Obiteljski liječnik (ime i prezime): _____ broj tel. _____

Medicinska dijagnoza / u prilogu liječničko otpusno pismo / povijest bolesti _____

Potpis medicinske sestre _____

Osoba za kontakt / dom (ime i prezime): _____ br.tel. _____

LIJEKOVI PRIMJENJENI NA DAN OTPUSTA	VRIJEME	VRIJEME	VRIJEME	VRIJEME
<input type="checkbox"/> analgetski naljepak datum: _____				
<input type="checkbox"/> Alergije	<input type="checkbox"/> Disanje			
RR _____ Puls _____ Bol: _____ GUK _____ Temp. _____				

FUNKCIONALNA SPOSOBNOST GERIJATRIJSKOG OSIGURANIKA

FIZIČKI STATUS (pokretnost)		PSIHIČKI STATUS (samostalnost)	
1. POKRETAN	<input type="checkbox"/>	1. OČUVANA SVIJEST/ SAMOSTALAN	<input type="checkbox"/>
2. POKRETLJIVOST UZ POMOĆ POMAGALA (štap, štaka, ortop. klupice)	<input type="checkbox"/>	2. SOMNOLENCIJA / OGRANIČENO SAMOSTALAN	<input type="checkbox"/>
3. POKRETLJIVOST UZ POMOĆ DRUGE OSOBE (u inval. kolicima)	<input type="checkbox"/>	3. STUPOR	<input type="checkbox"/>
4. POTPUNO OVISAN O DRUGOJ OSOBI	<input type="checkbox"/>	4. KOMA	<input type="checkbox"/>

Mjere sprečavanja pada i povreda : da ne

Rizik pada po Huhn skali: _____ boda / ova

koje: _____

ORIJENTACIJA	DA	POVREMENO	NE	ORTOPEDSKA I MEDICINSKA POMAGALA	
ORIJENTACIJA U VREMENU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> srčani el. stimulator	<input type="checkbox"/> proteza za ruku <input type="checkbox"/> nogu
ORIJENTACIJA U PROSTORU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> naočale / leće	<input type="checkbox"/> lijevi slušni aparat
OSOBNA ORIJENTACIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gornja zubna proteza	<input type="checkbox"/> desni slušni aparat
SITUACIJSKA ORIJENTACIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> donja zubna proteza	<input type="checkbox"/> ostalo _____
				<input type="checkbox"/> ostalo _____	

20

PRANJE I OBLAČENJE

	Samostalno	Uz pomoć savjeta/pomagala	Uz pomoć druge osobe	Potpuno ovisan o drugoj osobi
Pranje u krevetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuširanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kupanje u kadi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Djelimično pranje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njega usta i zubala – proteza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brijanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podrezivanje noktiju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odijevanje / Skidanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POKRETNOST

	Samostalno	Uz pomoć savjeta/pomagala	Uz pomoć druge osobe	Potpuno ovisan o drugoj osobi
Ustajanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodanje do toaleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korištenje ortopedskih pomagala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokretljivost sa invalidskim kolicima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okretanje u krevetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DISANJE

Normalno
 Otežano

PREHRANA I TEKUĆINA

Uzimanje hrane samostalno uz pomoć savjeta/pomagala uz pomoć druge osobe potpuno ovisan o drugoj osobi
Uzimanje tekućine samostalno uz pomoć savjeta/pomagala uz pomoć druge osobe potpuno ovisan o drugoj osobi
Prehrana / vrsta normalna lagana – usitnjena pasirana vegetarijanska
Dijetalna prehrana ne da koja: _____ dijabetička dijeta: _____
Gutanje normalno otežano nemogućnost gutanja
Žvakanje normalno otežano
Nedopuštene namirnice koja: _____ alergije: _____
Enteralna prehrana nazog. - sonda gastrostoma količina tekuće hrane/ml: _____ količina tekućine/ml: _____

ELMINACIJA STOLICE I URINA

normalna stolica diarea opstipacija posljednja stolica-datum: _____ Anus preter: _____
 normalno mokrenje inkont. mokrenja urinarni kateter br: _____ datum: _____
 urostoma /br: _____ datum: _____
 pomagala za inkontinenciju koja: _____

IZGLED KOŽE

normalna suha vlažna prhutava crvena
 ojedine
 Dekubitus: da ne
 Stupanj (zaokruži stupanj) : I II III IV
 Druga oštećenja kože: da ne

MJESTO I VELIČINA RANE / cm

_____ cm
 _____ cm
 _____ cm
 _____ cm
 _____ cm
 _____ cm

DOSADAŠNJE ZBRINJAVANJE RANE SA:

Iskaznica zdravstvenog osiguranja uz otpusno gerijatrijsko pismo: ne da

Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja : ne da

20

OPIS ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE GERIJATRIJSKIH KORISNIKA PO KATEGORIJAMA

ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
PROCJENA SAMOSTALNOSTI				
1. OSOBNA HIGIJENA	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
2. OBLAČENJE / SVLAČENJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
3. HRANJENJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
4. ELMINACIJA I POMAGALA KOD INKONTINENCIJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
FIZIČKA AKTIVNOST				
5. HODANJE / STAJANJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
6. SJEDENJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
7. PREMJEŠTANJE / OKRETANJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU, POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
8. RIZIK ZA PAD (HUHN SKALA)	MALI RIZIK: 0-4 BODA	SREDNJI RIZIK: OD 4 BODA, PODUZETI MJERE PREVENCIJE PADA	VISOKI RIZIK: 5-10 BODOVA	VRLO VISOKI RIZIK: 11-24 BODA
9. STANJE SVIJEŠTI	PRI SVIJEŠTI ORIJENTIRAN U VREMENU I PROSTORU	SMETEN / SOMNOLENTAN	STUPOR	PREDKOMA / KOMA
10. PROCJENA RIZIKA ZA NASTANAK DEKUBITUSA (BRADEN SKALA)	PRISUTAN RIZIK: 15-18 BODOVA (NEMA RIZIKA 19-23 BODA)	UMJERENI / SREDNJI RIZIK: 12-14 BODOVA	VISOKI RIZIK: 10-12 BODOVA	VRLO VISOK RIZIK: 9 I MANJE BODOVA →

11. VITALNI ZNAKOVI	MJERENJE 1X TJEDNO	MJERENJE 1- 2X DNEVNO P.P.	MJERENJE 3-4X DNEVNO I P.P.	MJERENJE 5X DNEVNO I P.P.
12. KOMUNIKACIJA	BEZ POTEŠKOĆA DOBRIH KOGNITIVNIH SPOSOBNOSTI RAZUMIJE PISANE I USMENE UPUTE BEZ POTREBA ZA DODATNIM OBJAŠNENJIMA I PONAŠANJIMA	RAZUMIJE USMENE I PISMENE UPUTE UZ DODATNA OBJAŠNENJA PONAŠANJA I JEZIČNE PRILAGODBE	TEŠKO RAZUMIJE USMENE I PISMENE UPUTE. POTREBNA SU VIŠESTRUKA PONAŠANJA I PROVJERA SHVAĆANJA UPUTA. POTREBNA JE PRILAGODBA PISANIH I USMENIH UPUTA I DEMONSTRACIJA (KOMUNIK. MED. SESTRA - PACIJENT; PACIJENT - MED. SESTRA)	NE RAZUMIJE I NE SHVAĆA USMENE I PISMENE UPUTE, POTPUNO OVISAN O MEDICINSKOJ SESTRI ILI NE MOŽE PRENIJETI PORUKU
13. SPECIFIČNI POSTUPCI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI	SAMOSTALAN NISU POTREBNI	POTREBNI SU SPECIFIČNI POSTUPCI I MINIMALNA POMOĆ MEDICINSKE SESTRE	POTREBNI SU SPECIFIČNI POSTUPCI 2 I VIŠE PUTA DNEVNO I ZNAČAJNA POMOĆ MEDICINSKE SESTRE	SPECIFIČNE POSTUPKE U POTPUNOSTI OBAVLJA MEDICINSKA SESTRA
14. STRUČNA PRATNJA / DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI	STRUČNA PRATNJA I NADZOR GERIJ. KORISNIKA NA DIJAGNOSTIČKOM POSTUPKU. POTREBNO OBJAŠNENJE POSTUPKA	POTREBNO JE OBJAŠNENJE POSTUPKA, PSIHIČKA PRIPREMA PACIJENTA, PRIPREMA PRIBORA I PRISUTNOST MEDICINSKE SESTRE TIJEKOM POSTUPKA	POTREBNO JE OBJAŠNENJE POSTUPKA, PSIHIČKA I FIZIČKA PRIPREMA PACIJENTA, PRIPREMA PRIBORA I PRATNJA PACIJENTA NA PRETRAGU. MED. SESTRA SUDIJELOUJE PRI IZVOĐENJU PRETRAGE TE NADZOR PACIJENTA DO 12 SATI PO ZAVRŠETKU PRETRAGE.	POTREBNO JE OBJAŠNENJE POSTUPKA, PSIHIČKA I FIZIČKA PRIPREMA PACIJENTA, PRIPREMA PRIBORA I PRATNJA PACIJENTA NA PRETRAGU. MED. SESTRA SUDIJELOUJE PRI IZVOĐENJU PRETRAGE TE NADZOR PACIJENTA 12-24 SATA PO ZAVRŠETKU PRETRAGE.
15. PRIPREMA I PRIMJENA TERAPIJE	PRIPREMA I PRIMJENA PERORALNE TERAPIJE LOKALNE TERAPIJE DO 2X DNEVNO INHALACIJA TERAPIJA KISIKOM NA OKSIGENATOR	PRIPREMA I PRIMJENA PERORALNE INHALACIJSKE LOKALNE TERAPIJE 3 DO 4X DNEVNO PRIPREMA I PRIMJENA INJEKCIJA S.C., I.M.,	KONTINUIRANA PRIMJENA TERAPIJE KISIKOM INHALACIJE VIŠE OD 4X DNEVNO I INFUZIJE UZ NAZOCNOST LIJEČNIKA	KONTINUIRANA 24 h I.V. TERAPIJA UZ NAZOCNOST LIJEČNIKA
16. EDUKACIJA	POTREBNE SU USMENE I PISMENE UPUTE O PRILAGODBAMA STILA ŽIVOTA U NOVONASTALOJ SITUACIJI	POTREBNE SU USMENE I PISMENE UPUTE TE DEMONSTRACIJA O PRILAGODBAMA STILA ŽIVOTA U NOVONASTALOJ SITUACIJI ILI BOLESTI. PROVJERA RAZUMIJEVANJA	POTREBNE SU USMENE I PISMENE UPUTE TE DEMONSTRACIJA O PRILAGODBAMA STILA ŽIVOTA U NOVONASTALOJ SITUACIJI ILI BOLESTI RAD S OBITELJI, SKRBNIKOM I ZNAČAJNOM OSOBOM TE PROVJERA RAZUMIJEVANJA	UVJEŽBAVANJE ZNANJA I VJEŠTINA KORISNIKA I OBITELJI, USMENE I PISMENE UPUTE, DEMONSTRACIJE, RAD S OBITELJI, PROVJERA ZNANJA I SAMOSTALNOSTI U PRIMJENI ZNANJA.