

Ošetrovateľská anamnéza

(Ústav ošetrovateľství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení :

Datum a čas odběru anamnézy :

Jméno (iniciály) : Pohlaví: Věk :

Datum přijetí :

Stav:.....

Povolání:.....

Rodina informována o hospitalizaci : ano ☐ ☐ ne

Diagnóza při přijetí (základní):.....

Chronická onemocnění :

.....

.....

.....

Infekční onemocnění: ☐ NE ☐ ANO.....

Režimová opatření:.....

Léčba:

Operační výkon:.....Pooperační den:.....

Farmakoterapie:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jiné léčebné metody:.....

.....

Má nemocný informace o nemoci : ☐ ano ☐ ne ☐ částečně

Alergie : ☐ ano ☐ ne jaké:

Fyziologické funkce : P : TK : D : SpO2 : TT :

1) Vědomí

stav vědomí : ☐ při vědomí ☐ porucha vědomí ☐ bezvědomí GSC :

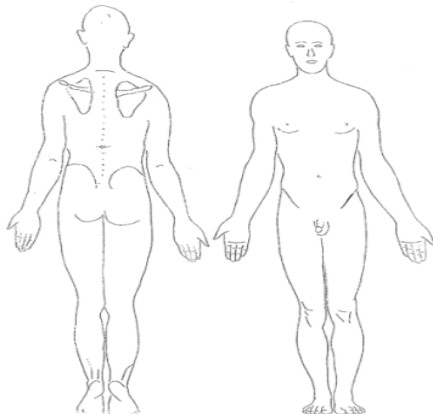
☐ Orientovaný ☐ Deorientovaný

.....

2) Bolest

bolest : ☐ ano ☐ akutní ☐ chronická
☐ tupá ☐ bodavá ☐ křečovitá ☐ svalová ☐ jiná
☐ ne

lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

.....

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ☐ ano ☐ ne
dušnost : ☐ ano ☐ klidová ☐ námahová ☐ noční
☐ ne

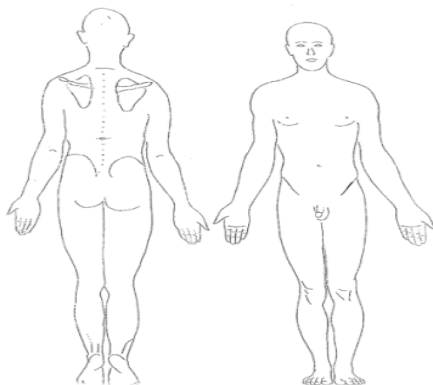
Kuřák : ☐ ano ☐ ne Kašel : ☐ ano ☐ ne

.....

4) Stav kůže

změny na kůži : ☐ ano ☐ ekzém ☐ otoky ☐ dekubity ☐ jiné
☐ ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....

lokalizace :



Hodnocení rány:.....

Ošetření rány:.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....

.....

Úrazy: ☐ ano ☐ ne jaké :.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta:..... Nutriční skóre:.....

Hmotnost : Výška : BMI:.....

Chuť k jídlu : ☐ ano ☐ ne

Potíže s přijímáním potravy : ☐ ano ☐ ne jaké:

Užívá doplňky výživy : ☐ ano ☐ ne jaké :

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin : Druh tekutin :

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ☐ ano ☐ ne o kolik :

Umělý chrup : ☐ ano ☐ ne ☐ horní ☐ dolní

Potíže s chrupem : ☐ ano ☐ ne

.....

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ☐ ano ☐ pálení ☐ řezání ☐ retence ☐ inkontinence
☐ ne ☐

problémy se stolicí : ☐ ano ☐ průjem ☐ zácpa ☐ inkontinence
☐ ne

stolice pravidelná : ☐ ano ☐ ne

datum poslední stolice :

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim :

Barthel test:.....

Riziko pádu: ANO skóre..... NE

Pohyblivost : ☐ chodící samostatně ☐ chodící s pomocí

☐ ležící pohyblivý

☐ ležící nepohyblivý

☐ pomůcky

jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : hodina usnutí :

poruchy spánku : ☐ ano ☐ ne jaké :

hypnotika : ☐ ano ☐ ne

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ☐ ano ☐ ne jaké :

potíže se sluchem: ☐ ano ☐ ne jaké:

porucha řeči: ☐ ano ☐ ne jaká :

kompenzační pomůcky: ☐ ano ☐ ne jaké :

orientace : ☐ orientován

☐ dezorientovaný ☐ místem ☐ časem ☐ osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: ☐ klidný ☐ rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ☐ ano ☐ ne

Úroveň komunikace a spolupráce: ☐ dobrá ☐ obtížná.....

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ☐ ano ☐ ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění :

kontakt s rodinou : ☐ ano ☐ ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ☐ ano ☐ ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ☐ ano ☐ ne

i.v. vstupy : ☐ ano ☐ periferní datum zavedení: kde:.....

Stav :

☐ centrální datum zavedení: kde:.....

stav :

☐ ne

Sonda : ☐ ano ☐ ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ☐ ano ☐ ne jaká:..... stav :

Endotracheální kanyla : ☐ ano ☐ ne č.ETR :datum zavedení:

Tracheotomie : ☐ ano ☐ ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ☐ ano ☐ ne

Epidurální katétr: ☐ ano ☐ ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
☐ DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
☐ věk 65 let a více	2 body
☐ pád v anamnéze	1 bod
☐ pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
☐ zrakový/sluchový problém	1 bod
☐ užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
☐ Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
☐ Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
☐ Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
☐ Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
☐ Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 – 13 bodů	Střední riziko
14 – 19 bodů	Vysoké riziko

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení: 15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetřovatelské zhodnocení

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....