

OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁS

ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ

I. ÁLLAPOT FELMÉRÉSE

1. ÁPOLÁSI ANAMNÉZIS
2. GYÓGYTORNA ÉS FIZIOTERÁPIAI FELMÉRŐ ÉS ELRENDELŐ
3. PSZIHÓ-SZOCIÁLIS FELMÉRŐ LAP

II. ÁPOLÁS TERVEZÉSE ÉS KIVITELEZÉSE

III. ÁPOLÁS FOLYAMATA

1. ÁPOLÁSI/FIZIOTERÁPIÁS LAP
2. FÁJDALOMFELMÉRŐ LAP
3. SEB/DECUBITUS ÁPOLÁSI LAP
4. FOLYADÉKLAP

IV. ÁPOLÁSI FOLYAMAT ÉRTÉKELÉSE

1. DECUBITUS ÉRTÉKELŐ LAP
2. FIZIOTERÁPIÁBAN ELÉRT EREDMÉNYEK HAVI ÖSSZEFOGLALÁSA

V. ÁPOLÁS LEZÁRÁSA (ZÁRÓJELENTÉS)

I.

ÁLLAPOT FELMÉRÉSE

I / 1. ÁPOLÁSI ANAMNÉZIS

Beteg neve:	TAJ:
--------------------------	-------------------

Gyógyszerérzékenység:
Allergia:

ALKAT
<input type="checkbox"/> arányos <input type="checkbox"/> túltáplált <input type="checkbox"/> hiányos-csonkolt <input type="checkbox"/> sovány

RR: (Hgmm)	Pulzus:/perc	Hőmérséklet: C fok
-------------------------	---------------------------	---------------------------------

BŐR
<input type="checkbox"/> ép <input type="checkbox"/> kiütés <input type="checkbox"/> decubitus <input type="checkbox"/> seb <input type="checkbox"/> oedema/lymphoe. egyéb:

LÉGZÉS
<input type="checkbox"/> normál <input type="checkbox"/> tachypnoe <input type="checkbox"/> bradypnoe <input type="checkbox"/> apnoe
<input type="checkbox"/> cyanosis dyspnoe: <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van <input type="checkbox"/> nyugalmi ortopnoe
Köhögés: <input type="checkbox"/> van <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> improduktív <input type="checkbox"/> produktív köpet:
<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> oxigén készülék használata

MOZGÁSKÉPESSÉG
helyzetváltoztatás: <input type="checkbox"/> járóképes <input type="checkbox"/> segítséggel <input type="checkbox"/> járóképtelen <input type="checkbox"/> segédeszköz <input type="checkbox"/> egyensúlyzavar <input type="checkbox"/> fekvő
végtagok: <input type="checkbox"/> fiziológiás mozgás <input type="checkbox"/> mozgáskorlátozott <input type="checkbox"/> paresis <input type="checkbox"/> plégia <input type="checkbox"/> orthostaticus hypotonia

ÉRZÉKELÉS	
látás: <input type="checkbox"/> normál csökkent:	<input type="checkbox"/> vak
hallás: <input type="checkbox"/> normál <input type="checkbox"/> csökkent <input type="checkbox"/> hallókészüléket használ ...	<input type="checkbox"/> süket

TÁPLÁLKOZÁS
étvágy: <input type="checkbox"/> kielégítő/normális <input type="checkbox"/> fokozott <input type="checkbox"/> csökkent <input type="checkbox"/> nincs
fogazat: <input type="checkbox"/> saját <input type="checkbox"/> hiányos: részben, teljesen, protézis szájüreg állapota:.....
étrend: <input type="checkbox"/> normál diéta:
nyelési, rágási nehézség: <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van
étkezés: <input type="checkbox"/> önálló <input type="checkbox"/> segítséggel <input type="checkbox"/> csak etetéssel <input type="checkbox"/> szondatáplálás <input type="checkbox"/> parenterális táplálás
emésztés: <input type="checkbox"/> fiziológiás <input type="checkbox"/> hányinger <input type="checkbox"/> hányás <input type="checkbox"/> puffadás egyéb:
stoma: <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van, helye:

MENTÁLIS ÁLLAPOT

beszéd: jól érthető nehezen érthető beszédhiba nem érthető aponia
beszéd megértés: jó részleges nem érti
tájékozódás, térben orientált: igen nem esetenként
emlékezet: jó gyengült rossz
érzelmi állapot: nyugodt közömbös változó zárkózott nyugtalan
 feszült agresszív elkeseredett befelé forduló elutasító
tudatállapot: éber zavart aluszékony eszméletlen

ALAPÁPOLÁSI IGÉNY

önálló segítséggel teljes ellátást igényel

FÁJDALOM

0 – nincs fájdalom 1 – kissé fáj 2 – mérsékelt fájdalom 3 – nagyon fáj 4 – elviselhetetlenül fáj
 (Keele-féle skála)

EMÉSZTÉS

hányinger hányás hasmenés székrekedés puffadás egyéb:

KIVÁLASZTÁS

vizelet: fiziológiás katéter incontinens
széklet: fiziológiás incontinens szorulás hasmenés anus prae

ALVÁS

fiziológiás nehezen alszik el alvásideje rövid csak gyógyszerrel egyéb:

KOMMUNIKÁCIÓ

jól kommunikál nehezen fejezi ki magát nem tudja kifejezni magát

A beteg legközelebbi hozzátartozója:* telefonszáma:

Háziorvos neve: telefonszáma:

* Szükség esetén a hozzátartozó beleegyezésével tölthető ki.

I / 2. GYÓGYTORNA ÉS FIZIOTERÁPIAI FELMÉRŐ ÉS ELRENDELŐ

Beteg neve: TAJ száma:

ELRENDELÉS

Gyógytorna elrendelését indokoló diagnózis:

Elrendelt tevékenység:

Vizit száma: gyakorisága:

Elektroterápia elrendelését indokoló diagnózis:

Elrendelt tevékenység:

Vizit száma: gyakorisága:

Kísérőbetegség/szövődmény diagnózisa(i):

Sebészeti beavatkozás dátuma: diagnózisa

Megengedett terhelés mértéke: / nincs megkötés

Fájdalom helye: jellege:

Erősség: a III/2 lapon lévő skála szerint:

Segédeszközök, protézisek:

Járási segédeszköz: nem szükséges / szükséges, fajtája

Protézisek:

Sínek:

Egyéb:

Alkalmazandó fizioterápiás eljárások:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dátum:

.....
palliatív jártasságú orvos

Ízületi mozgásvizsgálat

Vizsgált ízület neve	Vizsgálat iránya, mértéke fokokban (flex., ext., abd., add., rot.)	Korlátozottság oka (fájd. kontr., pszich. stb.)	Elért eredmény

Izomtónus vizsgálat

Érintett terület	Hypotonia	Normális tónus	Hypertonia	Elért eredmény

Izomerő vizsgálat

Érintett izom neve	0	1	2	3	4	5	Elért eredmény

0 = nincs működés, 1 = nonproduktív működés, 2 = gravitáció kikapcsolásával, 3 = gravitáció ellenében, 4 = ellenállással, 5 = teljes értékű működés

Rehabilitációs felmérés és értékelés

Helyzetváltoztatás	Önállóan	Segédeszközzel	Külső segítséggel	Elért eredmény
ágyban helyzetvált.				
fekvésből felülés				
ülésből felállás				
lakáson belül				
lépcsőn				
lakáson kívül				
közlekedési eszközzel				
étkezés				
személyi higiéné (fürdés, WC, öltözködés)				

Alsó végtag funkció: normális/kóros: sántítás, iránytartás, egyéb járáshiba:

Felső végtag funkció: normális/kóros: fogáserősség, minőség, szenzibilitás:

Egyéb funkcionális vizsgálatához fűződő megjegyzések (izomtónus):

Mozgásterápia célja:

Dátum:

.....
Gyógytornász aláírása

I / 3. PSZIHÓ-SZOCIÁLIS FELMÉRŐ LAP

Beteg neve: TAJ száma:

Jelenlegi vagy korábbi foglalkozása:.....

Jelenlegi keresetének forrása: táppénz rokkantsági nyugdíj öregségi nyugdíj egyéb:

Vannak-e anyagi nehézségei: igen nem

Élnek-e szülei?.....

Van-e házastársa/élettársa?.....

Vannak-e gyermekei, unokái?.....Hány évesek?.....

Kit tekint legközelebbi hozzátartozónak? Név:.....

Tel:..... Cím:.....

Volt-e egyenes ági rokon között daganatos beteg?

Dohányzott-e régebben? Jelenleg:

Fogyasztott-e rendszeresen alkoholt? Jelenleg:

Tartozik-e valamilyen egyházhoz, felekezethez?.....

Szokott-e valakivel a környezetében betegségéről beszélgetni?.....

Mi az, ami betegségében is örömet szerez a maga számára?.....

Mi az, amit a leginkább remél jelenlegi kezeléstől?.....

Betegsége mennyire teszi nehezzé az életét, jelölje az alábbi egyenesen X jellel!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dátum:.....

Kitöltő:.....

II.
ELLÁTÁS TERVEZÉSE

A beteg neve: TAJ:

Terápiás rendelkezések (palliatív orvos által)	Gyógyszerek (neve, adagja, gyakorisága, a bejuttatás módja):
	Kezelési utasítások:
Célkitűzés	
A tervezett ellátás megoszlása és gyakorisága	Szakápolás:
	Fájdalomcsillapítás:
	Mentálhigiénés gondozás/tanácsadás:
	Gyógytorna / elektroterápia:
	Diétás gondozás/ tanácsadás:
	Szociális ellátás tervezése:

Dátum:

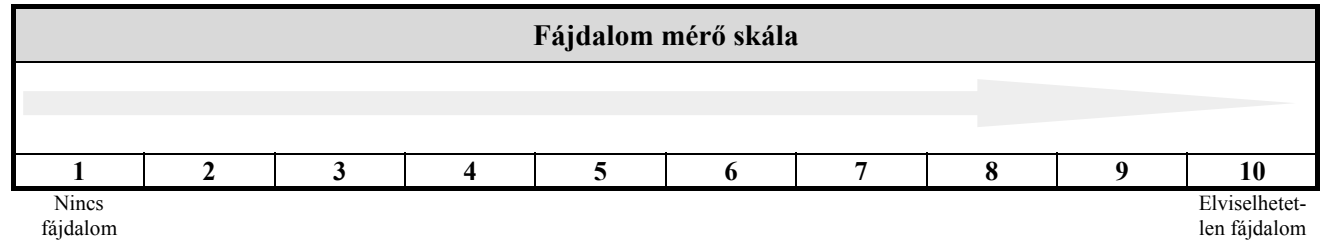
P. H.

.....
házi orvos

.....
palliatív jártasságú orvos

III / 2. FÁJDALOM FELMÉRŐ LAP

Beteg neve: TAJ:.....



A fájdalom jellemzői

Mi okozza/fokozza a fájdalmat?

--

Fájdalom

Kezdete:	
Időtartama:	
Gyakoriság:	

Fájdalom osztályozása

Akut Krónikus

Áttörésszerű fájdalma van-e?

Igen Nem

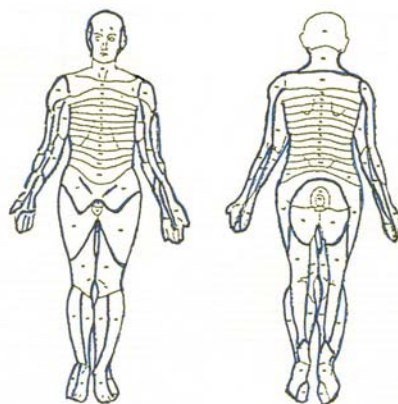
Jellemezze fájdalmat

Felszínes	<input type="checkbox"/>	Lüktető	<input type="checkbox"/>	Zsibbadt	<input type="checkbox"/>
Mély	<input type="checkbox"/>	Sajgó	<input type="checkbox"/>	Szúró	<input type="checkbox"/>
Kisugárzó	<input type="checkbox"/>	Égető	<input type="checkbox"/>	Éles	<input type="checkbox"/>
Görcsös	<input type="checkbox"/>	Hasogató	<input type="checkbox"/>	Tompa	<input type="checkbox"/>

Befolyásolja-e a fájdalom

Étvágycsökkenés	<input type="checkbox"/>	Fizikai aktivitást	<input type="checkbox"/>
Figyelmét	<input type="checkbox"/>	Érzelmi állapotát	<input type="checkbox"/>
Kapcsolatát	<input type="checkbox"/>	Alvását	<input type="checkbox"/>

A fájdalom helye



Milyen fájdalomcsillapítót szed?

--

A gyógyszerek milyen mértékben csökkentik a fájdalmat?

Nem hat Mérsékeli Megszünteti

Megjegyzés/észrevétel

--

Dátum:

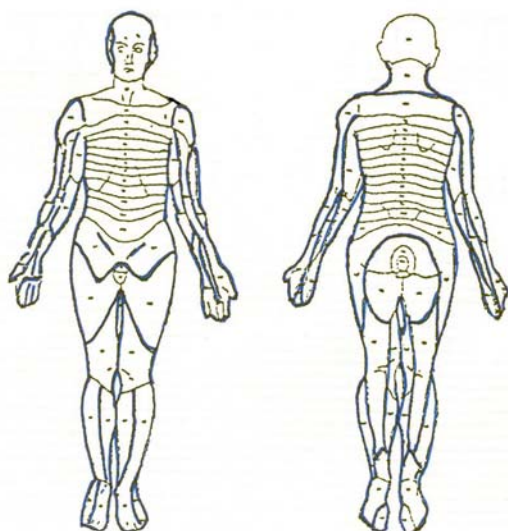
Alíírás:

III / 3. SEB/DECUBITUS LAP

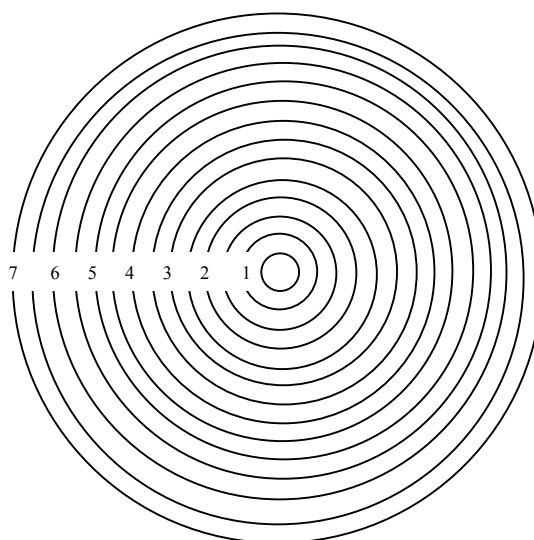
Beteg neve: TAJ:

Seb/Decubitus észlelés időpontja: hozott szerzett

A seb/decubitus helye



Mérési útmutató



STÁDIUMOK			
I.	II.	III.	IV.
Bőrön el nem halványuló bőrpír v. lila folt	Részleges bőrvesztés, savós hólyag v. hámfosztottság	Teljes bőrvesztés, mely a fasciáig terjed	Mélyre terjedő szövetelhalás, mely ín, izom és csontszövet elhalást, sérülést okozza

NORTON FÉLE SCORE RENDSZER

Testi állapot	Tudat állapot	Aktivitás	Mobilitás	Incontinencia
jó 4	tiszta 4	járóképes 4	teljes 4	continens 4
kielégítő 3	apathia 3	segítve járóképes 3	korlátolt 3	alkalmanként 3
gyenge 2	zavart 2	székhez kötött 2	nagyon korlátolt 2	urinalis 2
rossz 1	bódult 1	ágyhoz kötött 1	immobil 1	urinalis+faecalis 1
Összes pontszám:				

Minimális score: 5 – decubitust jelent
 Score: 12 – decubitus kialakulásának veszélye nagy
 Score: 14 – decubitus kialakulásának veszélye fennáll
 Maximális score: 20 – decubitus kialakulásának valószínűsége csekély

Dátum:

Aláírás:

**IV / 2. FIZIOTERÁPIÁBAN
ELÉRT EREDMÉNYEK HAVI ÖSSZEFOGLALÁSA**

Beteg neve: **TAJ:**

Teljesített napok száma:

A beteg jelenlegi állapota:

.....
.....
.....
.....

TOVÁBBI TERÁPIÁS JAVASLATOK:

Önálló gyakorlás a tanult módon/gyakorlás hozzátartozóval:.....

.....

További ellátási igény:

.....

Indoklás:

.....

.....

.....

Dátum:

.....
Gyógytornász / fizioterapeuta

V.

ÁPOLÁS LEZÁRÁSA

(ZÁRÓJELENTÉS)

(50 naponként)

Beteg neve: TAJ:

A teljesített napok megoszlása:
.....
.....

Az ápolás során bekövetkezett változások, elért eredmények:
.....
.....
.....
.....

Javult funkciók:

Állapotromlás oka:

Kórházba kerülés oka, időpontja:

Exitus oka, időpontja:

Ápolás befejezésének oka, időpontja:

Ápolás folytatásának indoka:

Igazolom, hogy a fent nevezett és általam kezelt beteg számára az előírt hospice szolgáltatások teljesítése megtörtént, végrehajtását rendszeresen ellenőriztem.

Dátum:

Ellenőriztem, jóváhagyom:

Dátum:

PH.

.....
az ápolásért felelős szolgálat
vezetőjének aláírása

.....
az elrendelő orvos aláírása