

Allergia: ☐nincs ☐van (étel, gyógyszer, egyéb)

A beteg önálló tevékenysége: Segítség nélkül Résztleges Teljes  
segítségnyújtás

Testhygiéné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC használata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öltözködés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étkezés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mozgás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Használt gyógyászati segédeszköz: ☐nem ☐igen  
Hozott segédeszköz: ☐nem ☐igen (eszköz neve, darabszáma)  
Tájékozódás, térbeni orientáció, beszéd: ☐rendben ☐zavart  
Érzelmi állapot és magatartás: ☐nyugodt, kiegyensúlyozott ☐agresszív  
☐depressziós ☐közönyös ☐szorong ☐együttműködő

Kommunikáció: ☐jól együttműködő ☐zárkózott ☐egyéb:  
Légzés: ☐szabályos ☐kóros  
Keringés: ☐normális ☐ingadozó vérnyomás ☐visszér ☐egyéb:  
Emésztés: ☐normális ☐puffadás ☐hányinger ☐hányás ☐egyéb:  
Székletürítés: ☐normális ☐hasmenés ☐székrekedés ☐egyéb:  
Testsúlyváltozás az elmúlt 6 hónap folyamán: ☐nem változott ☐fogyás \_\_\_\_\_ kg ☐gyarapodás \_\_\_\_\_ kg  
Vizelet ürítés: ☐normális ☐gyakori ☐csíp ☐véres ☐vizeletre képtelen ☐inkontinens  
☐katéter ☐egyéb:

Érzékelés:  
Látás: ☐normál ☐csökkent-segédeszköz ☐nincs ☐van Elhozta: ☐nem ☐igen (neve, db száma)  
Hallás: ☐normál ☐csökkent-segédeszköz ☐nincs ☐van Elhozta: ☐nem ☐igen (neve, db száma)

Bőr állapota: ☐ép ☐egyéb:  
Alvás: ☐normális ☐kóros ☐gyógyszerrel alszik (gyógyszer neve)  
Fájdalom: ☐nincs ☐van (helye, jellege, gyakorisága, időtartama)

Erőssége: 

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

Transzfúziót kapott már életében?: ☐nem ☐igen (mikor, szövődmény?)

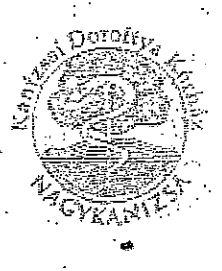

#### NORTON SKÁLA

Fizikai állapot	Tudat állapot	Aktivitás	Mozgás képesség	Inkontinencia	Össz. pont
Jó	4 Éber	4 Járóképesség	4 Teljes	4 Nincs	4
Elfogadható	3 Apatikus	3 Segítséggel jár	3 Kissé korlátozott	3 Alkalomszerű	3
Gyenge	2 Zavart	2 Székhez kötött	2 Nagyon korlátozott	2 Csak vizelet	2
Rossz	1 Eszméletlen	1 Rossz	1 Mozgásképtelen	1 Vizelet, széklet	1

A beteg az ápolásával kapcsolatos egyéni kéréssel rendelkezik: ☐nem ☐igen

Jelen panaszok:  
VCS: \_\_\_\_\_ Um.: \_\_\_\_\_ T.: \_\_\_\_\_ Mm.: \_\_\_\_\_  
P.: \_\_\_\_\_ Ab.sp.: \_\_\_\_\_ Ab.artef.: \_\_\_\_\_  
IUD: ☐nincs ☐van \_\_\_\_\_ éve  
Műtéték: \_\_\_\_\_

Belgyógy betegségek: \_\_\_\_\_

	<b>Kanizsai Dorottya Kórház</b> Főigazgató: Dr. Brünner Szilveszter Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály Osztályvezető: Dr. Orosházi Attila Cím: 8800, Nagykanizsa, Szekeres J. u. 2-8. Tel: 93/502-024, Fax: 93/502-064 Email: szuleszet@nkkorhaz.hu	
---	--	---

### Ápolási dokumentáció

#### Személyi adatlap-szociális helyzet felmérés

Név: \_\_\_\_\_ Születési név: \_\_\_\_\_ Hogyan szólíthatjuk: \_\_\_\_\_  
Születési idő (év, hó, nap) \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_  
Lakhely/Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_  
Felvétel időpontja: dátum, óra, perc: \_\_\_\_\_  
Távozás időpontja: dátum, óra, perc: \_\_\_\_\_  
Adatszolgáltató: ☐beteg ☐hozzátartozó: \_\_\_\_\_ (név, cím, telefon, rokonsági fok)

☐áthelyezési lap ☐zárójelentés Egyéb: \_\_\_\_\_  
Intézménybe érkezés típusa, módja: ☐sürgősséggel ☐előjegyzéssel ☐áthelyezéssel:  
☐egyedül ☐kísérővel: \_\_\_\_\_ ☐mentővel ☐egyéb:  
Családi állapot: ☐házastárs/élettárs ☐egyedül él ☐családtaggal él  
Foglalkozási aktivitás: ☐aktív dolgozó ☐GYES, GYED ☐nyugdíjas ☐Nem nyilatkozik ☐egyéb:  
Legközelebbi hozzátartozó/gondozója neve, címe, elérhetősége, akinek értesítését kéri szükség esetén: \_\_\_\_\_

Házi orvos (név, cím, telefonszám): \_\_\_\_\_  
Közügyászati ellátásban részesült: ☐nem ☐igen  
Életmód, káros szenvedélyek: ☐alkohol ☐dohányzás ☐gyógyszerfüggőség ☐egyéb:  
Beteg jogait gyakorolja: ☐beteg ☐más személy, mégpedig: \_\_\_\_\_ (név, cím, elérhetőség)

Ápolási tájékoztatás: ☐nem adható ☐adható: \_\_\_\_\_ (kinek)

Rendelkezik-e vallási igényekkel: ☐nem ☐igen, mégpedig: \_\_\_\_\_

#### A beteg (vagy a jogszabályok szerinti illetékes képviselője) nyilatkozata

- Értékmegőrzés: ☐az értékmegőrzést igénybe veszem ☐központi pénztár ☐osztályos széf  
☐nem veszem igénybe, és egyúttal tudomásul veszem, hogy az intézmény kizárólag az értékmegőrzésre átadott értékekért vállalhat felelősséget!
- Gyógyszer, élelmiszer behozatala saját felelősségre: ☐elfogadom ☐nem fogadom el
- Megfelelő tájékoztatást kaptam a kórház és az osztály házirendjéről, és azt magamra nézve: ☐elfogadom ☐nem fogadom el
- Adатаim, egészségügyi dokumentációim szakmai felhasználásához: ☐hozzájárok ☐nem járlok hozzá  
Fenti 1-2-3-4 pontokban foglaltakat aláírással elismerem.

\_\_\_\_\_ dátum, óra, perc \_\_\_\_\_ A beteg(vagy képviselője) aláírása \_\_\_\_\_ A felvevő ápoló neve \_\_\_\_\_

#### HELYZETFELMÉRÉS ÉS A SZÜKSÉGLETEK MEGÁLLAPÍTÁSA

##### ÁPOLÁSI STÁTUSZ:

RR: \_\_\_\_\_ Hgmm \_\_\_\_\_ Pulzus: \_\_\_\_\_ min. Testsúly: \_\_\_\_\_ kg Testmagasság: \_\_\_\_\_ cm BMI: \_\_\_\_\_

Szed állandó gyógyszereket: ☐nem ☐igen (lásd lázlap)  
Diéta: ☐nincs ☐van \_\_\_\_\_ (milyen étrend?)

dietetikus

Oszthly: ..... Köt. típusa: ..... Gyógyászati felhasználás: .....  
 Dátum: .....  
 Dr. ....

—Kórt. ábr. sz.:

CyberZeroZedCenysdZ:

Beryul'kozi's;

[illegible]