

ФИО пациента Номер карты.....

5

Патронаж МЛАДШЕЙ медсестрой

в присутствии:

ДАТА; ВРЕМЯ

ФИО мл.медсестры

Жалобы			Состояние сознания	Общее состояние
<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> кашель	<input type="checkbox"/> рвота	<input type="checkbox"/> сохранено	<input type="checkbox"/> удовлетворительное
<input type="checkbox"/> боль	<input type="checkbox"/> отеки	<input type="checkbox"/> слабость	<input type="checkbox"/> отсутствует	<input type="checkbox"/> средней тяжести
<input type="checkbox"/> запор	<input type="checkbox"/> одышка	<input type="checkbox"/> тошнота		<input type="checkbox"/> тяжелое
<input type="checkbox"/> иное:				<input type="checkbox"/> крайне тяжелое

Кожный покров	<input type="checkbox"/> нормальной окраски	<input type="checkbox"/> пролежни	<input type="checkbox"/> опрелость	Дата последнего приема душа/ванны
<input type="checkbox"/> сохранный		<input type="checkbox"/> трофические язвы	<input type="checkbox"/> сыпь	
<input type="checkbox"/> сухой	<input type="checkbox"/> бледный	<input type="checkbox"/> раны	<input type="checkbox"/> кровоподтеки	
<input type="checkbox"/> жирный	<input type="checkbox"/> цианотичный	<input type="checkbox"/> распад опухоли		
<input type="checkbox"/> иное:				

Мочепускание	Стул
<input type="checkbox"/> контролируемое <input type="checkbox"/> неконтролируемое	<input type="checkbox"/> контролируемый <input type="checkbox"/> неконтролируемый
<input type="checkbox"/> безболезненное <input type="checkbox"/> болезненное	<input type="checkbox"/> регулярный <input type="checkbox"/> неустойчивый
	<input type="checkbox"/> запор, дата последней дефекации

Назначения врача ☐ выполняет ☐ нет, причина:

Проведены санитарно-гигиенические процедуры:

- ☐ умывание
☐ обработка полости рта/чистка зубов
☐ обработка ногтей на руках/ на ногах
☐ бритье
☐ мытье в ванной/в душе

- ☐ обтирание
☐ увлажнение кожи
☐ смена нательного белья
☐ смена постельного белья
☐ обработка глаз/носа/слуховых проходов
☐ иное:

Подпись мл. медсестры

Патронаж МЛАДШЕЙ медсестрой

в присутствии:

ДАТА; ВРЕМЯ

ФИО мл.медсестры

Жалобы			Состояние сознания	Общее состояние
<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> кашель	<input type="checkbox"/> рвота	<input type="checkbox"/> сохранено	<input type="checkbox"/> удовлетворительное
<input type="checkbox"/> боль	<input type="checkbox"/> отеки	<input type="checkbox"/> слабость	<input type="checkbox"/> отсутствует	<input type="checkbox"/> средней тяжести
<input type="checkbox"/> запор	<input type="checkbox"/> одышка	<input type="checkbox"/> тошнота		<input type="checkbox"/> тяжелое
<input type="checkbox"/> иное:				<input type="checkbox"/> крайне тяжелое

Кожный покров	<input type="checkbox"/> нормальной окраски	<input type="checkbox"/> пролежни	<input type="checkbox"/> опрелость	Дата последнего приема душа/ванны
<input type="checkbox"/> сохранный		<input type="checkbox"/> трофические язвы	<input type="checkbox"/> сыпь	
<input type="checkbox"/> сухой	<input type="checkbox"/> бледный	<input type="checkbox"/> раны	<input type="checkbox"/> кровоподтеки	
<input type="checkbox"/> жирный	<input type="checkbox"/> цианотичный	<input type="checkbox"/> распад опухоли		
<input type="checkbox"/> иное:				

Мочепускание	Стул
<input type="checkbox"/> контролируемое <input type="checkbox"/> неконтролируемое	<input type="checkbox"/> контролируемый <input type="checkbox"/> неконтролируемый
<input type="checkbox"/> безболезненное <input type="checkbox"/> болезненное	<input type="checkbox"/> регулярный <input type="checkbox"/> неустойчивый
	<input type="checkbox"/> запор, дата последней дефекации

Назначения врача ☐ выполняет ☐ нет, причина:

Проведены санитарно-гигиенические процедуры:

- ☐ умывание
☐ обработка полости рта/чистка зубов
☐ обработка ногтей на руках/ на ногах
☐ бритье
☐ мытье в ванной/в душе

- ☐ обтирание
☐ увлажнение кожи
☐ смена нательного белья
☐ смена постельного белья
☐ обработка глаз/носа/слуховых проходов
☐ иное:

Подпись мл. медсестры