

Otthoni hospice ellátás ápolási dokumentációja
I.

ÁLLAPOT FELMÉRÉSE

I / 1. ÁPOLÁSI ANAMNÉZIS

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

Gyógyszerérzékenység:
Allergia:

ALKAT	FNO b530 <input type="checkbox"/>		
<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	FNO b810 <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> ép	<input type="checkbox"/> kiütés	<input type="checkbox"/> decubitus	<input type="checkbox"/> seb	<input type="checkbox"/> oedema/lymphoe.	egyéb:

LÉGZÉS	FNO b440 <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> normál	<input type="checkbox"/> tachypnoe	<input type="checkbox"/> bradypnoe	<input type="checkbox"/> apnoe		
<input type="checkbox"/> cyanosis	<input type="checkbox"/> 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	FNO b410 <input type="checkbox"/>					
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: FNO b210 <input type="checkbox"/>	hallás: FNO b230 <input type="checkbox"/>		
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	FNO b510 <input type="checkbox"/>				
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	FNO b139	<input type="checkbox"/> **				
beszéd:	<input type="checkbox"/> jól érthető	<input type="checkbox"/> nehezen érthető	<input type="checkbox"/> beszédhiba	<input type="checkbox"/> nem érthető	<input type="checkbox"/> aphonia	
beszéd megértés:	<input type="checkbox"/> jó	<input type="checkbox"/> részleges	<input type="checkbox"/> nem érti			
tájékozódás, térben orientált:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> esetenként			
emlékezet:	<input type="checkbox"/> jó		<input type="checkbox"/> gyengült	<input type="checkbox"/> rossz		
érzelmi állapot:	<input type="checkbox"/> nyugodt	<input type="checkbox"/> közömbös	<input type="checkbox"/> változó	<input type="checkbox"/> zárkózott	<input type="checkbox"/> nyugtalan	
	<input type="checkbox"/> feszült	<input type="checkbox"/> agresszív	<input type="checkbox"/> elkeseredett	<input type="checkbox"/> befelé forduló	<input type="checkbox"/> elutasító	
tudatállapot:	<input type="checkbox"/> éber	<input type="checkbox"/> zavart	<input type="checkbox"/> aluszékony	<input type="checkbox"/> eszméletlen		

ALAPÁPOLÁSI IGÉNY	FNO d230	<input type="checkbox"/> **		
	<input type="checkbox"/> önálló	<input type="checkbox"/> segítséggel	<input type="checkbox"/> teljes ellátást igényel	

FÁJDALOM	FNO b280	<input type="checkbox"/> **				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0 – nincs fájdalom	1 – kissé fáj	2 – mérsékelt fájdalom	3 – nagyon fáj	4 – elviselhetetlenül fáj	
(Keele-féle skála)						

EMÉSZTÉS	FNO b520	<input type="checkbox"/> **				
<input type="checkbox"/> hányinger	<input type="checkbox"/> hányás	<input type="checkbox"/> hasmenés	<input type="checkbox"/> székrekedés	<input type="checkbox"/> puffadás	egyéb:	

KIVÁLASZTÁS	vizelet: FNO b620	<input type="checkbox"/> **			széklet: FNO b525	<input type="checkbox"/> **	
vizelet:	<input type="checkbox"/> fiziológiás	<input type="checkbox"/> katéter	<input type="checkbox"/> incontinens				
széklet:	<input type="checkbox"/> fiziológiás	<input type="checkbox"/> incontinens	<input type="checkbox"/> szorulás	<input type="checkbox"/> hasmenés	<input type="checkbox"/> anus prae		

ALVÁS	FNO b134	<input type="checkbox"/> **				
<input type="checkbox"/> fiziológiás	<input type="checkbox"/> nehezen alszik el	<input type="checkbox"/> alvásideje rövid	<input type="checkbox"/> csak gyógyszerrel	egyéb:		

KOMMUNIKÁCIÓ	FNO d310	<input type="checkbox"/> **			
	<input type="checkbox"/> jól kommunikál	<input type="checkbox"/> nehezen fejezi ki magát	<input type="checkbox"/> nem tudja kifejezni magát		

A beteg legközelebbi hozzátartozója: telefonszáma:

Háziorvos neve: telefonszáma:

** FNO jelölésnél az üres négyzetbe 0 – nincs probléma; 1 – enyhe probléma; 2 – mérsékelt probléma; 3 – súlyos probléma; 4 – teljes probl.

* 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

I / 2.

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 vizsgálatokhoz 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:

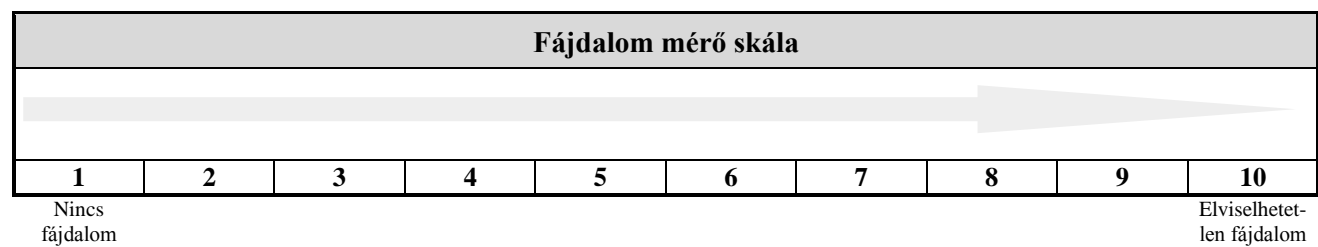
P. H.

.....
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

Áttöréses fájdalma van-e?

Igen Nem

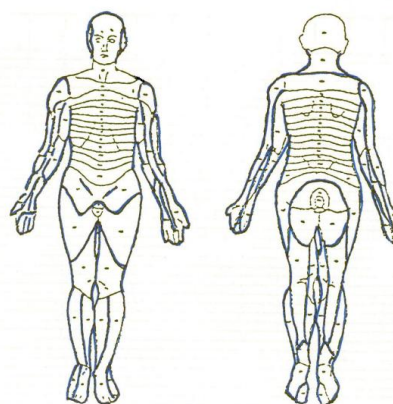
Jellemezze fájdalmat

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

Étvágycsökkentést	<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:

Aláírás:

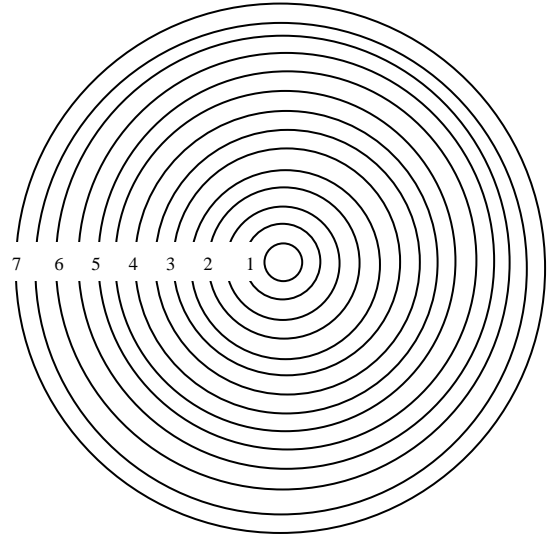
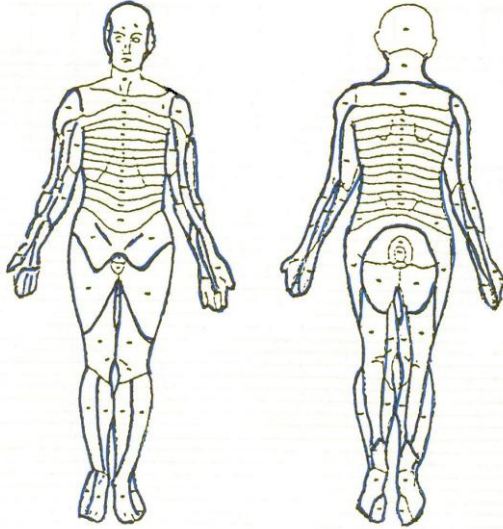
III / 3. DECUBITUS/SEBKEZELŐ LAP

Beteg neve: TAJ:

Decubitus/seb észlelés időpontja: hozott szerzett

A decubitus/seb 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	Incontinentia
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:

.....
az ápolásért felelős szolgálat
vezetőjének aláírása

Ellenőriztem, jóváhagyom:

Dátum:

PH.

.....
az elrendelő orvos aláírása