



ŠOLSKI CENTER NOVO MESTO
Srednja zdravstvena in kemijska šola

Storitev in zagovor

POROČILO O ZDRAVSTVENI NEGI PACIENTA

NASLOV (TEMA): _____

Ime in priimek kandidata/kandidatke: _____

Zdravstvena ustanova: _____

Ime in priimek mentorja/mentorice: _____

Datum opravljanja storitve: _____

Podpis kandidata/kandidatke: _____

S podpisom se zavežujem, da bom s Poročilom o zdravstveni negi pacienta ravnal/-a kot z zaupnim dokumentom v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije ter z GDPR.

PODATKI O PACIENTU

Spol: M Ž

Starost: _____

Dan hospitalizacije: _____

Dan po operaciji/porodu: _____

Vzrok hospitalizacije: _____

Medicinska diagnoza: _____

PREGLEDI IN PREISKAVE

Vrsta diagnostične preiskave	Posebnosti priprave pacienta	Posebnosti pri izvedbi	Rezultati

TERAPEVTSKI PROGRAM

Ime zdravila	Vrsta zdravila	Odmerek zdravila	Oblika zdravila	Način aplikacije	Čas aplikacije	Izvedba aplikacije	Posebnosti aplikacije

VITALNE FUNKCIJE (izmerjene vrednosti):

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA

Življenjska aktivnost	Opis stanja / stopnje samooskrbe	Intervencije (ukrepi) zdravstvene nege	Vrednotenje
Dihanje in krvni obtok			
Prehranjevanje in pitje			
Izločanje in odvajanje			
Gibanje in ustrezna lega			
Spanje in počitek			
Oblačenje in slačenje			
Vzdrževanje normalne telesne temperature			

Osebna higiena in urejenost (tudi stanje kože in sluznic)			
Izogibanje nevarnostim v okolju			
Komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov ter potreb			
Izražanje duhovnih potreb			
Delo in ustvarjalna zaposlitev			
Razvedrilo in rekreacija			
Učenje in pridobivanje znanja			

RANA	Opis stanja	Intervencije (ukrepi) zdravstvene nege	Vrednotenje
Akutna / kronična rana			

POTEK DELA: