

RTA INFORMACJI do BIP

Stanowisko pracy

.....

ds. organizacyjnych

.....

NOr

Nazwa jednostki /komórki Organizacyjnej

(skrót oznaczenia jedn/kom. Organ.)

data przekazania do publikacji:

Tytuł informacji (czego dotyczy):

**ZARZĄDZENIE Nr 11/2014
DYREKTORA SP ZZOZ – SZPITAL W IŁŻY
Z DNIA 02. 04. 2014 r.**

W sprawie wprowadzenia do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w działach szpitala Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej – Szpital w Iłży druku „ocena i działania podejmowane przez pielęgniarkę w pielęgnacji pacjenta z odleżyną”.

Czas udostępnienia informacji (data):

BEZTERMINOWO

Od 25.11. 2010.... r. Do 200....r.

Miejsce publikacji informacji na stronie BIP: **ZARZĄDZENIA**

osoba wytwarzająca informację publiczną :

Barbara

Imię:

Nowak

Nazwisko:

.....
podp

is

Osoba odpowiedzialna za treść informacji na BIP:

Barbara

Imię:

Nowak

Nazwisko:

.....
podpis

Akceptacja kierownika komórki organizacyjnej

.....
(pieczętka i podpis)

ZARZĄDZENIE Nr 11/2014

DYREKTORA SP ZZOZ – SZPITAL W IŁŻY Z DNIA 02. 04. 2014 r.

W sprawie wprowadzenia do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w działach szpitala Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej – Szpital w Iłży druku „ocena i działania podejmowane przez pielęgniarkę w pielęgnacji pacjenta z odleżyną”.

Na podstawie § 2 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. 2014 poz. 177), zarządza się co następuje:

§ 1

1. Wprowadza się do historii choroby pacjenta druk o nazwie „Ocena i działania podejmowane przez pielęgniarkę w pielęgnacji pacjenta z odleżyną” – zwanego dalej drukiem (stosownie do zmian dokonanych w § 2 ust. 3 pkt 4 w/w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. (j.t. Dz.U z 2014 r. p.177)).
2. Druk, o którym mowa w ust. 1 stanowi integralną część zarządzenia.

§ 2

Druk, o którym mowa w § 1 ust. 1 winien być prowadzony przez wszystkie pielęgniarki/położne zatrudnione w działach szpitalnych SPZZOZ – Szpital w Iłży oraz w ZOL – u.

§ 3

1. Wpisu w druku dokonuje się niezwłocznie po dokonaniu pielęgnacji pacjenta z odleżyną, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.
2. Każdy wpis w druku opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, (tj. nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.
3. Wpis dokonany w druku nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.
4. Strony druku należy numerować i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.
5. Każdą stronę druku oznacza się imieniem i nazwiskiem pacjenta.
6. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w druku dokonuje się oznaczenia "NN", z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających

ustalenie tożsamości.

7. Druk włączony do historii choroby pacjenta nie może być z niej usunięty (stosownie do zmian dokonanych w § 4-6 w/w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. (j.t. Dz.U z 2014 r. p.177)).

§ 4

Wdrożenie oraz przestrzeganie zasad wypełniania w/w druków powierza się Pielęgniarkom/Położnej koordynującym i nadzorującym pracę innych pielęgniarek/położnych poszczególnych działów szpitalnych, pielęgniarce koordynującej oraz kierownikowi ZOL.

§ 5

Nadzór nad realizacją niniejszego zarządzenia powierza się Koordynatorowi ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 6

Zarządzenie obowiązuje z dniem 06.06. 2014 r.

Kopia: NL, NP, NS, LW, LCh, LG-P, LP, LAn, LBI, LI, NP, Pielęgniarka Epidemiologiczna.

Zatwierdził:

D Y R E K T O R

Sam

odzielnego Publicznego Zespołu

Zakładów Opieki

Zdrowotnej Szpital w Ilży

nieczytelny podpis
mgr inż. Zbigniew Deja

.....
/nazwa jednostki/komórki organizacyjnej/

KARTA OBSERWACJI CHOREGO ZAGROŻONEGO WYSTĄPIENIEM ODLEŻYN I PODJĘTYCH WCZESNYCH DZIAŁAŃ TERAPEUTYCZNYCH

.....
/Nazwisko i imię pacjenta/

.....
/data urodzenia/

.....
/PESEL/

Data objęcia opieką

SKALA PUNKTOWA OCENY RYZYKA ROZWOJU ODLEŻYN „NORTON”

Czynniki ryzyka	43	2	1	Punkty		
Stan fizyczny	Dobry	Dość dobry	Średni	Bardzo ciężki		
Stan Świadomości	Pełna	Apatia	Zaburzenia świadomości	Stupor lub śpiączka		
Aktywność (zdolność przemieszczania)	Chodzi samodzielnie	Chodzi z asystą	Porusza się tylko na wózku inwalidzkim	Stale pozostaje w łóżku		
Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	Pełna	Ograniczona	Bardzo ograniczona	Całkowita niesprawność		
Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Pełna sprawność zwieraczy	Sporadyczne moczenie się	Zazwyczaj nie trzymanie oczu	Całkowite nietrzymanie moczu		
SUMA						

Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się u pacjenta z wynikiem równym 14-tu punktom lub niższym

LICZBA PUNKTÓW WG SKALI RYZYKA -pkt

Pacjent wymaga założenia karty profilaktyki odleżyn:

TAK

NIE

OCENA I DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ PIEŁĘGNIARKE W PIEŁĘGNACJI PACJENTA Z ODLEŻYNĄ

.....
/Nazwisko i imię pacjenta/

.....
/PESEL/

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. toaleta | 7. stosowanie hydrożeli |
| 2. nacieranie, oklepywanie | 8. stosowanie maści gojących |
| 3. zmiana pozycji ciała | 9. stosowanie lampy Bioptron |
| 4. zmiana opatrunku | 10. chirurgiczne oczyszczanie |
| 5. odciążenie miejsc narażonych | 11. maści oczyszczające |
| 6. natłuszczenie skóry | 12. przymoczki |
| | 13. inne |

Lp	Data	Rodzaj Działania	Podpis i pieczętka
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

Ból										
Krwawienie										
Inne										

.....
Inspektor ds. informacji niejawnych

.....
Pieczałka i podpis Dyrektora