ZDR-szp/15

KSIĘGA RAPORTÓW PIELĘGNIARSKICH

Data założenia .....

Data zakończenia .....

z. 1478/2020 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40

Schemat wypełniania – wzór

Raport z dyżuru: dnia: ..... od godz. ..... do godz. .....

1. Stan chorych w oddziale szpitalnym przy objęciu dyżuru:
   - Przyjętych:
   - Wypisanych:
2. Stan chorych przy zdaniu dyżuru:
3. Dane o chorych:
   1) imię, nazwisko, nr ID, rozpoznanie,
      - data przyjęcia do oddziału,
      - stan ogólny, kategoria opieki,
      - parametry życiowe,
      - wykonane zlecenia lekarskie;
      - najważniejsze problemy pielęgnacyjne i podjęte działania pielęgniarskie,
      - inne istotne informacje/uwagi,
   2) imię, nazwisko, nr ID, rozpoznanie .... itd.
   3) imię, nazwisko, nr ID, rozpoznanie .... itd.
4. Inne istotne informacje/uwagi mające wpływ na stan zdrowia pacjentów i funkcjonowanie oddziału,
5. Podpisy: Pielęgniarki zdającej i Pielęgniarki przyjmującej dyżur.

Raport z dyżuru: dnia: ..... od godz. ..... do godz. .....

Raport z dyżuru: dnia: ..... od godz. ..... do godz. .....

z. 1478/2020

Raport z dyżuru: dnia: ..... od godz. ..... do godz. .....

z. 1478/2020

20. Księga zabiegowa st. lekc
A4

Lp.	Data i godzina	Imię i nazwisko, adres chorego	Rozpoznanie
1	2	3	4

26 Ubitpe zabiegowa st. prawe

Powód nieprzyjęcia	Dalsze postępowanie lub zalecenia	Podpis i pieczątka lekarza odmawiającego
5	6	7

z. 1526/2021

27. A6

NR KS.GŁ. .....

PIECZĘĆ ZAKŁADU

POTWIERDZENIE ODBIORU RZECZY CHOREGO

IMIE I NAZWISKO

PRZYBYŁ(A) DO SZPITALA

ODDAŁ(A) RZECZY DO PRZECHOWANIA:

NAZWA ODZIEŻY	OPIS/STAN	ILOŚĆ	NAZWA ODZIEŻY	OPIS/STAN	ILOŚĆ
BLUZKA			HALKA		
BIUSTONOSZ			SPÓDNICA		
RAJSTOPY			SUKIENKA		
SPODNIE			NAKRYCIE GŁ.		
SPARPETKI			REKAWICZKI		
MAJTKI/FIGI			SZALIK		
KOSZULA			PŁASZA		
KAMIZELKA			KURTKA		
KALESONY			OBUWIE		
KOSZULKA					
SWETER					

KIESZENIE PUSTE

OKRES PRZECHOWYWANIA ODZIEŻY WYNOSI 6 MIESIECY

PODPIS ODDAJĄCEGO /CHOREGO PODPIS PRZYJMUJĄCEGO

z. 486/2021 "PODRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 49 www.pphodruk.com.pl

28 A5

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA NARZĘDZI I MATERIAŁÓW DO STERYLIZACJI W STARGARDZIE

Nazwa oddziału, poradni	SP ZZOZ w Stargardzie STERYLIZATORNIA
Data: Godz.:	Data:

Lp.	Rodzaj materiału do mycia i sterylizacji	Sztuk	Ilość, wielkość pakietu

Uwagi i spostrzeżenia odnośnie przyjętych narzędzi do sterylizacji:	
Podpis pracownika zdającego materiał:	Podpis pracownika przyjmującego materiał:
Data wykonania procedury:	Sprawdził:

z. 2342/2019 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40

28

S.P.W.Z.O.Z. ..... dnia ..... 20 ..... r.

S.P.Z.Z.O.Z. Stargard

7
ZLC

+ spirytusy	
+ kosz	
+	

.....
Pieczęć nagłówkowa zakładu

Receptariusz Nr ...../ ...../ .....

L.p.	Nazwa leku (dawka)	Jedn. miary	Ilość	Ilość wydana	Cena jednostk.	Wartość	Uwagi
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
					Razem		

Wydał : .....

Wycenił : .....

Sprawdził: .....

Skontrolował : ..... księgowy

Ordynator : .....

Potwierdzam odbiór : .....
Pielęgniarka oddziałowa

Skład i druk: "AWIGRAF" Szczecin, ul. Kopernika 3-5, tel./fax 812 55 97 109 - 2004

pieczęć jednostki

..... dnia ..... 20 ..... r.

S.P.W.Z.O.Z. Stargard

N A R K O T Y K I

Receptariusz Nr .....

Nazwa i dawka leku	Ilość (słownie)	Ilość wydana	Cena jednostkowa	Wartość
		Nr w ks. nark.		

Wydał .....

Wycenił .....

Sprawdził .....

Lekarz prowadz. narkotyki .....

DRUKARNIA STARGARD tel. 91 577 19 75

30 A5 różowy

31. A5

pieczęć jednostki

..... dnia ..... 19.....

Z.O.Z. Stargard Szczec.

SPIRYTUSY

Receptariusz Nr ...../...../.....

Rodzaj spirytusu	Waga w kg	Ilość wydana	Cena jednostkowa	Wartość
		Nr w ks. spir.		

Wydał .....

Wycenił .....

Sprawdził .....

Ordynator/Kierownik .....

Potwierdz. odbiór. .....

Pielęgn. oddz.

pieczęć jednostki

..... ,dnia ..... 20.....r.

S.P.W.Z.O.Z Stargard

ŚR. PSYCHOTROPOWE

RECEPTARIUSZ NR ...../...../.....

Nazwa i dawka leku	Ilość	Ilość wydania	Cena jednostkowa	Wartość
		Nr w ks. psych		

Wydał .....

Ordynator/Kierownik .....

Wycenił .....

Sprawdził .....

Potwierdz. odbiór .....
(pielęgn. oddz.)

z. 795/2020 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40

33 A4

Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna i Rehabiliytacyjna
Zespół Rehabilitacji Ambulatoryjnej
Ul.Staszica 16 73-110 Stargard tel.91 5770016,91 5770012
NIP 854-19-38-710 REGON 000304562
PRACOWNIA FIZJOTERAPII
16-00-00725-19-07/05-19-005
Kody identyfikacyjne systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
Część I000000017670,V-05,VI-3,VII-106, VIII-1310

Stargard.....

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL..... ICD-10.....

	Rodzaj zabiegu	Ilość powtórzeń	Okolica ciała
1			
2			
3			
4			
5			

.....
pieczątka i podpis fizjoterapeuty

34 A5

TESTY SKÓRNE PUNKTOWE
Alergeny pokarmowe

Imię i nazwisko .....

PESEL ..... Data badania .....

Rodzaj alergenu:	Odczyt	Rodzaj alergenu:	Odczyt
Kontrole:		**Cytrusy**	
Dodatnia / histamina /		**Przyprawy**	
Ujemna		**Owoce:**	
Mleko krowie		Jabłko	
Jajko kurze:		Ananas	
Całe		Truskawki	
Żółtko		Mandarynka	
Białko		Grapefruit	
Orzechy:		Pomarańcza	
Ziemny		**Warzywa:**	
Włoski		Pomidor	
Laskowy		Ziemniak	
Ryby:		Seler	
Dorsz		Marchew	
Mąka:		Różne:	
Pszenna		Soja	
Żytnia		Kakao	
Kukurydziana		Ryż	
Jęczmienna		Szczaw zwyczajny	
Mięso II /drób/			
Kurze			
Indycze		**Alergeny natywne:**	
Gęsie			
Kacze			
Wieprzowina			

z. 1311/2020 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40 www.pphudruk.com.pl

55 78

....., dnia ..... 20..... r.
(miejscowość)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(stanowisko)

WNIOSEK URLOPOWY

Proszę o udzielenie urlopu .....

od dnia ..... do dnia .....

Zastępstwo w czasie urlopu - Pan (Pani) .....

Ilość dni urlopu .....

.....
podpis pracownika

.....
podpis kierownika komórki organiz.

Druk "WN-URLP" Drogoń M. Kosmala Z.J. tel.91 812 55 97 69 - 2018

36 A4 obustronnie

Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna i Rehabiliytacyjna
Zespół Rehabilitacji Ambulatoryjnej
Ul.Staszica 16 73-110 Stargard tel.91 5770016,91 5770012
NIP 854-19-38-710 REGON 000304562
PRACOWNIA FIZJOTERAPII
16-00-00725-19-07/05-19-005
Kody identyfikacyjne systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
Część I000000017670,V-05,VI-3,VII-106, VIII-1310

SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE

Nazwisko i imię pacjenta .....

Data ur. .....

1.**Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów zleconych przez lekarza lub mgr fizjoterapii wg.skierowania z dnia** .....

2.**Przyjmuję do wiadomości, że niezgłoszenie się na zabiegi w wyznaczonym terminie <u>bez wcześniejszego powiadomienia spowoduje skreślenie z listy oczekujących.</u>**

Informacje dotyczące nieobecności można zgłaszać pod nr tel:

- 91 577 00 12 rejestracja lub 91 577 00 16 sekretariat

3. **Oświadczam, że w trakcie realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych nie korzystam z rehabilitacji refundowanej przez NFZ w innej placówce.**

.....

data i czytelny podpis pacjenta

<u>ANKIETA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE</u>

1.Proszę podać czynniki mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji (np.ciąża, rozrusznik serca, zespolenie metalowe lub inne, implanty) lub wpisać : nie dotyczy

.....

.....

.....

.....

2.Czy w okresie 10 lat był Pan, Pani leczony na choroby nowotworowe ? (właściwe zaznaczyć) TAK / NIE

Zobowiązuję się zgłosić fizjoterapeucie każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.