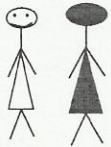


		OBJAWY / ELEMENTY OCENY						
Układ oddechowy	Oddech:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> przyspieszony	<input type="checkbox"/> zwolniony	<input type="checkbox"/> słycony	<input type="checkbox"/> pogłębiony		
		<input type="checkbox"/> stridor	<input type="checkbox"/> przez nos	<input type="checkbox"/> przez ust				
	Plwocina:	<input type="checkbox"/> śluzowa	<input type="checkbox"/> pienista	<input type="checkbox"/> ropna	<input type="checkbox"/> krwista			
	Kaszel:	<input type="checkbox"/> suchy	<input type="checkbox"/> wilgotny	<input type="checkbox"/> stały	<input type="checkbox"/> napadowy			
Układ krążenia	Duszność:	<input type="checkbox"/> spoczynkowa		<input type="checkbox"/> wysiłkowa				
	Tętno:	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> zab. rytmu	<input type="checkbox"/> bradykardia	<input type="checkbox"/> tachykardia			
	CTK:	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nieprawidłowe					
	Perfuzja obwodowa:	<input type="checkbox"/> prawidłowa	<input type="checkbox"/> zaburzona	<input type="checkbox"/> „zimny pot”	<input type="checkbox"/> ochłodzenie obwodowe			
		<input type="checkbox"/> skóra marmurkowa						
	Obrzęki:	<input type="checkbox"/> uogólnienie	<input type="checkbox"/> miejscowe	<input type="checkbox"/> stałe	<input type="checkbox"/> okresowe			
Układ pokarmowy	Omdlenia:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie					
	Ciężar ciała:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> niedowaga	<input type="checkbox"/> nadwaga				
	Jama ustna:	<input type="checkbox"/> owrzodzona	<input type="checkbox"/> pleśniawki	<input type="checkbox"/> język obłożony				
		<input type="checkbox"/> inne						
	Apetyt:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> wzmożony	<input type="checkbox"/> zmniejszony	<input type="checkbox"/> brak			
	Pragnienie:	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> wzmożone	<input type="checkbox"/> zmniejszone				
	Wydalenie:	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> zaparcia	<input type="checkbox"/> biegunka	<input type="checkbox"/> inne			
Układ moczowo - pęciowy	Dolegliwości:	<input type="checkbox"/> trudności w pomykaniu	<input type="checkbox"/> nudności	<input type="checkbox"/> wymioty	<input type="checkbox"/> zgaga	<input type="checkbox"/> odbijanie	<input type="checkbox"/> inne	
	Moc ilość:	<input type="checkbox"/> norma	<input type="checkbox"/> wielomocz	<input type="checkbox"/> skąpomocz	<input type="checkbox"/> bezmocz			
	Trudności w oddawaniu moczu:		<input type="checkbox"/> utrudniony odpływ	<input type="checkbox"/> nietrzymanie				
	Dotyczy kobiet	Cykl miesięczkowy:		<input type="checkbox"/> regularny	<input type="checkbox"/> nieregularny			
		Krwawienie miesięczne:		<input type="checkbox"/> bolesne	<input type="checkbox"/> niebolesne	<input type="checkbox"/> obfite	<input type="checkbox"/> norma	
			<input type="checkbox"/> mierne	<input type="checkbox"/> skąpe				
Układ mięśn. - szkieletowy	Ostatnie badanie ginekologiczne:							
	Poruszanie się:		<input type="checkbox"/> samodzielne	<input type="checkbox"/> ograniczone	<input type="checkbox"/> z pomocą			
	Ruchomość w stawach:		<input type="checkbox"/> pełna	<input type="checkbox"/> ograniczona				
	Sprawność fizyczna:		<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> ograniczona				
	Postawa ciała:		<input type="checkbox"/> prawidłowa	<input type="checkbox"/> nieprawidłowa				
	Inne:		<input type="checkbox"/> obrzęki	<input type="checkbox"/> zaczerwienienia				
Inne	Wzrok:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> niedowidzenie	<input type="checkbox"/> ślepotą	<input type="checkbox"/> inne			
	Sluch:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> niedosłyszenie	<input type="checkbox"/> głuchota	<input type="checkbox"/> inne			
	Świadomość:	<input type="checkbox"/> pełna	<input type="checkbox"/> ograniczona	<input type="checkbox"/> brak				
	Sen:							
	Skóra:	<input type="checkbox"/> czysta	<input type="checkbox"/> brudna	<input type="checkbox"/> sucha	<input type="checkbox"/> wilgotna			
	<input type="checkbox"/> biała	<input type="checkbox"/> uszkodzona	<input type="checkbox"/> zażółcona	<input type="checkbox"/> zaczerwieniona				
	<input type="checkbox"/> sinicza	<input type="checkbox"/> inna						
	Odleżyny	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> zwiększone ryzyko wystąpienia				
Dolegliwości bólowe	Odleżyny	Umiejscowienie:	Charakter					
			Nasilenie					
			Inne					
Data i podpis pielęgniarki								