

Praktyczny przewodnik po dokumentacji pielęgniariskiej i wpisach o stanie pacjenta

Jasne, rzeczowe i bezpieczne wpisy w praktyce pielęgniariskiej



gotowe struktury



praktyczne przykłady



najczęstsze błędy i jak ich unikać





Prawa autorskie



© Wszelkie prawa zastrzeżone.



Niniejszy materiał ma charakter edukacyjny i informacyjny.



Żadna część tej publikacji nie może być kopiowana, rozpowszechniana ani publikowana w jakiejkolwiek formie bez uprzedniej zgody właściciela praw autorskich.



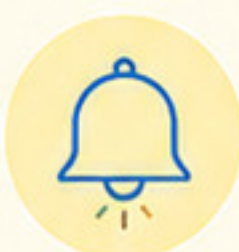
Materiał został opracowany jako praktyczny przewodnik wspierający naukę, porządkowanie wiedzy oraz codzienną praktykę zawodową.



Treści zawarte w publikacji nie zastępują wewnętrznych procedur placówki, obowiązujących przepisów prawa, standardów dokumentacji ani decyzji klinicznych podejmowanych w konkretnych sytuacjach.



Użytkownik powinien każdorazowo stosować się do aktualnych zasad obowiązujących w miejscu pracy.



Uwaga

Dokumentacja pielęgniarstwa musi być prowadzona zgodnie z zasadami rzetelności, poufności i bezpieczeństwa danych pacjenta.



Spis treści

- 00** | Okładka
- 01** | Prawa autorskie
- 02** | Spis treści
- 03** | Wprowadzenie



04–10 | **MODUŁ 01 — Fundamenty bezpiecznej dokumentacji pielęgniarstwa**

- 04** | Subcapa
- 05** | Dlaczego dokumentacja pielęgniarstwa ma znaczenie?
- 06** | Dokumentacja jako część opieki nad pacjentem
- 07** | Najważniejsze zasady dobrego wpisu
- 08** | Co powinien zawierać bezpieczny wpis?
- 09** | Fakty, obserwacje i interpretacje
- 10** | Chronologia i ciągłość dokumentowania



11–18 | **MODUŁ 02 — Jak prawidłowo opisywać stan pacjenta**



19–26 | **MODUŁ 03 — Dokumentowanie działań pielęgniarstwa**



27–34 | **MODUŁ 04 — Ocena efektów i ciągłość opieki**



35–40 | **MODUŁ 05 — Błędy, których należy unikać**



41–49 | **MODUŁ 06 — Gotowe modele wpisów**

Wprowadzenie



Dla kogo jest ten przewodnik?

- dla studentów pielęgniarstwa
- dla pielęgniarek i pielęgniarzy rozpoczynających pracę
- dla osób chcących uporządkować zasady dokumentowania



Czego nauczysz się w tym materiale?

- jak formułować jasne i rzeczowe wpisy
- jak opisywać stan pacjenta i wykonane działania
- jak oceniać reakcję pacjenta
- jak unikać błędów i nieprecyzyjnych sformułowań
- jak korzystać z gotowych modeli wpisów



Jak korzystać z przewodnika?

- czytaj moduły po kolei lub wybieraj temat zależnie od potrzeb
- porównuj teorię z przykładami wpisów
- używaj checklist i schematów podczas nauki i praktyki

Zapamiętaj



Dobry wpis powinien być czytelny, konkretny, zgodny z obserwacją i wykonany na czas.



MODUŁ 01

Fundamenty bezpiecznej dokumentacji pielęgniarstwa

W tym module poznasz rolę dokumentacji pielęgniarstwa, zasady dobrego wpisu, elementy bezpiecznej notatki oraz znaczenie chronologii i ciągłości dokumentowania.

05

Dlaczego dokumentacja ma znaczenie?



06

Dokumentacja jako część opieki



07

Zasady dobrego wpisu



08

Co powinien zawierać bezpieczny wpis?



09

Fakty, obserwacje i interpretacje



10

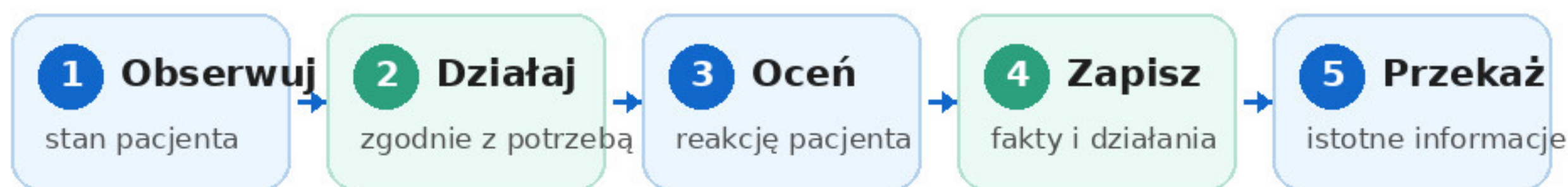
Chronologia i ciągłość dokumentowania





Dlaczego dokumentacja pielęgniarstwa ma znaczenie

Dokumentacja pielęgniarstwa to nie tylko obowiązek formalny, ale ważna część bezpiecznej i ciągłej opieki nad pacjentem.



Bezpieczeństwo pacjenta

Pozwala śledzić zmiany stanu zdrowia, objawy, reakcje na działania oraz sytuacje wymagające dalszej obserwacji.



Ciągłość opieki

Ułatwia przekazanie informacji między zmianami i członkami zespołu terapeutycznego.



Komunikacja w zespole

Porządkuje najważniejsze dane kliniczne i ogranicza ryzyko nieporozumień.



Odpowiedzialność zawodowa

Potwierdza wykonane czynności, obserwacje oraz elementy opieki zgodnie z zasadami placówki.



Jakość opieki

Pomaga oceniać efekty działań, planować kolejne kroki i poprawiać organizację pracy.



Przykład

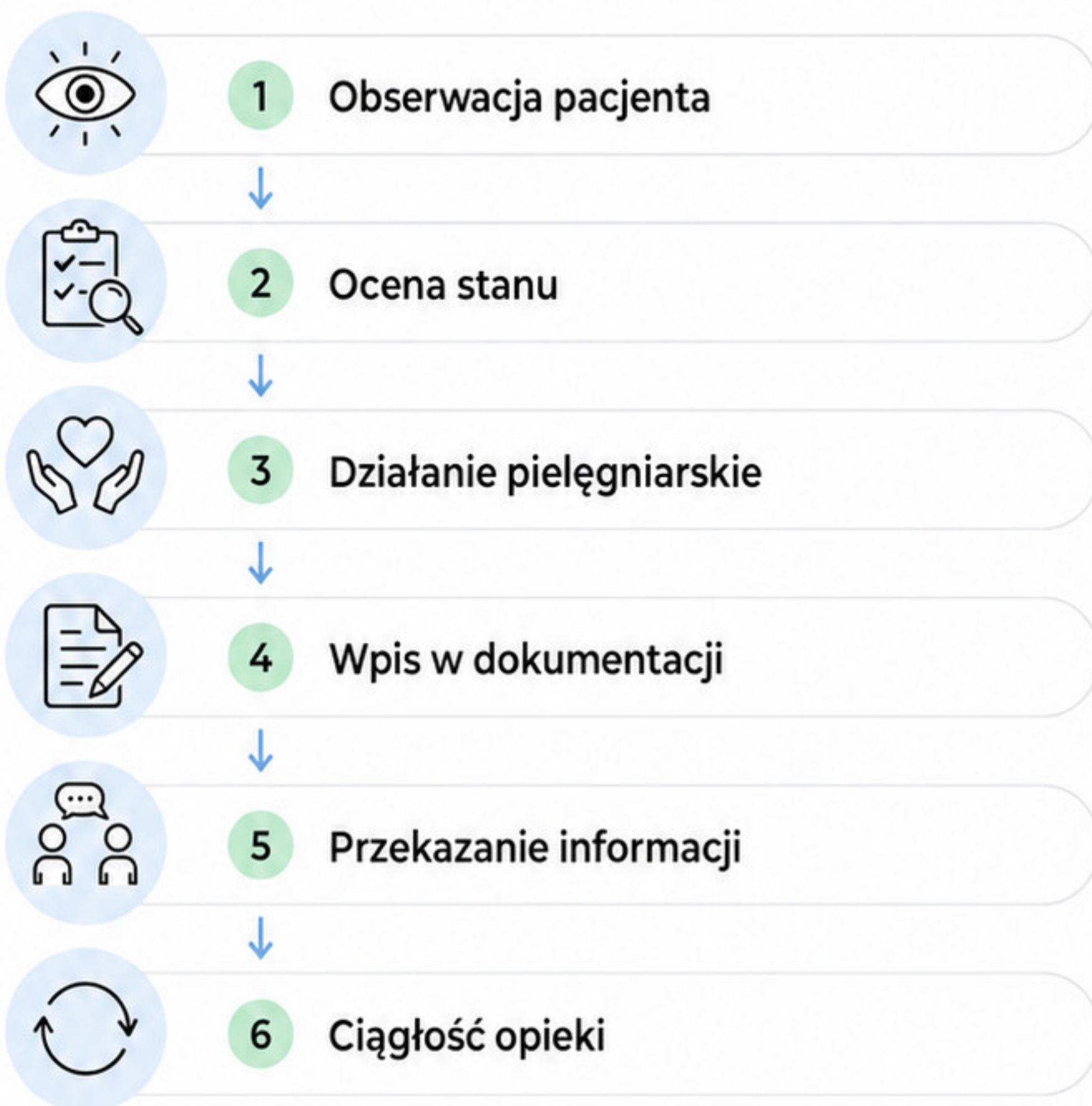
Brak informacji o podanym leku, zmianie stanu pacjenta lub reakcji na interwencję może prowadzić do pomyłek, opóźnień i niepełnego obrazu sytuacji klinicznej.



Zapamiętaj

Dobry wpis pokazuje: co zaobserwowano, co wykonano i jaki był efekt dla pacjenta.

Dokumentacja jako część opieki nad pacjentem



Dlaczego to ważne?

- ✓ dokumentacja odzwierciedla rzeczywisty przebieg opieki
- ✓ pomaga podejmować kolejne decyzje
- ✓ tworzy wspólny punkt odniesienia dla zespołu
- ✓ umożliwia ocenę skuteczności działań



Zapamiętaj

Jeżeli czynność została wykonana, ale nie została udokumentowana, z perspektywy formalnej może być uznana za niewykonaną.

Najważniejsze zasady dobrego wpisu

Dobry wpis powinien być zrozumiały, rzeczowy i przydatny klinicznie.



Terminowość

wpis wykonuj jak najszybciej po obserwacji lub czynności



Rzetelność

zapisuj to, co rzeczywiście zaobserwowano lub wykonano



Precyzja

używaj konkretnych i mierzalnych sformułowań



Obiektywność

oddzielaj fakty od własnych przypuszczeń



Czytelność

pisz jasno, logicznie i bez chaosu



Kompletność

uwzględnij stan pacjenta, działania i reakcję



Poufność

chronić dane pacjenta i przestrzegać zasad dostępu



Uwaga

Unikaj niejasnych skrótów, ogólników oraz ocen typu: *pacjent wygląda źle*.



Co powinien zawierać bezpieczny wpis?

Element	Co uwzględnić
 Data i godzina	kiedy dokonano obserwacji lub wykonano działanie
 Stan pacjenta	najważniejsze informacje o samopoczuciu, świadomości i objawach
 Dane obiektywne	parametry życiowe, obserwacje, wyniki pomiarów
 Wykonane działania	leki, zabiegi, opatrunki, edukacja, profilaktyka
 Reakcja pacjenta	efekt działania, tolerancja, zgłaszane dolegliwości
 Przekazane informacje	np. kontakt z lekarzem, przekazanie zmianie
 Identyfikacja wpisu	podpis lub inne wymagane oznaczenie zgodnie z zasadami placówki



Praktyczna wskazówka

Najlepiej myśleć o wpisie jako o odpowiedzi na pytania:
co zauważyłem/am, co zrobiłem/am i jaki był efekt?

Fakty, obserwacje i interpretacje



Fakty

To konkretne, sprawdzalne dane i zdarzenia.

PRZYKŁADY:

- ✓ podano 1 tabl. leku przeciwbólowego o godz. 10:00
- ✓ temperatura ciała 38,2°C
- ✓ pacjent zgłasza ból 7/10



Obserwacje

To to, co zauważasz zmysłami bez wnioskowania.

PRZYKŁADY:

- Q pacjent spocony, osłabiony, odpowiada logicznie
- Q rana sucha, brzegi lekko zaczerwienione
- Q oddech przyspieszony



Interpretacje

To wnioski i oceny — wymagają ostrożności i nie powinny zastępować opisu faktów.

PRZYKŁADY RYZYKOWNYCH SFORMUŁOWAŃ:

- ⚠ „stan zły”
- ⚠ „pacjent manipulujący”
- ⚠ „rana wygląda niepokojąco”



Jak pisać bezpieczniej?

- ✓ opisuj to, co widzisz i słyszysz
- ✓ stosuj dane mierzalne
- ✓ jeśli cytujesz pacjenta, zaznacz to wyraźnie
- ✓ unikaj ocen i przypuszczeń bez podstaw



Uwaga

Najpierw zapisuj fakty i obserwacje, a dopiero potem — jeśli to konieczne — wnioski kliniczne zgodne z kompetencjami i procedurami.

Chronologia i ciągłość dokumentowania

Prowadzenie wpisów w odpowiedniej kolejności i w regularnych odstępach czasu zapewnia ciągłość opieki oraz ogranicza ryzyko pominięć i nieścisłości.



1

Obserwacja

zauważ zmianę lub wykonanie czynności.



2

Natychmiastowy wpis

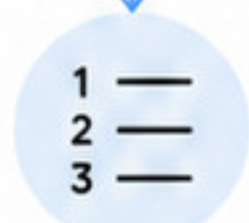
zapisuj możliwie szybko po zdarzeniu.



3

Dokładny czas

podaj datę i godzinę.



4

Kolejność zdarzeń

zachowaj prawidłową sekwencję informacji.



5

Aktualizacja stanu

odnotuj reakcję pacjenta i dalsze obserwacje.



6

Przekazanie informacji

ułatw kontynuację opieki na kolejnej zmianie.

Dlaczego to ważne?

- ✓ zapewnia pełny i spójny obraz stanu pacjenta
- ✓ ułatwia ocenę skuteczności działań
- ✓ wspiera bezpieczne podejmowanie decyzji klinicznych
- ✓ zmniejsza ryzyko błędów i nieporozumień



Zapamiętaj

Dobra dokumentacja tworzy jasną oś czasu stanu pacjenta i działań pielęgniarских – dziś i dla tych, którzy będą opiekować się nim w przyszłości.



MODUŁ 02

Jak prawidłowo opisywać stan pacjenta

W tym module poznasz, jak oceniać i opisywać stan pacjenta w sposób jasny, obiektywny i klinicznie bezpieczny.

12

Schemat oceny pacjenta przed dokonaniem wpisu



13

Stan ogólny i poziom świadomości



14

Ból i dolegliwości zgłaszane przez pacjenta



15

Parametry życiowe



16

Oddychanie i układ krążenia



17

Skóra, rany i ryzyko odleżyn



18

Odżywianie, nawodnienie i wydalanie



Schemat oceny pacjenta przed dokonaniem wpisu



Przed wpisem odpowiedz sobie:

- ✓ Co zaobserwowałem/am?
.....
- ✓ Co zgłosił pacjent?
.....
- ✓ Jakie działania podjąłem/am?
.....
- ✓ Jaki był efekt (reakcja pacjenta)?
.....



Praktyczna wskazówka

Dokumentuj w logicznej kolejności:
fakty (obserwacje i dane)



działania (co zrobiłeś/zrobiłaś)



reakcja / efekt (odpowiedź pacjenta)



Stan ogólny i poziom świadomości

Co warto opisać?

	wygląd ogólny	ogólna ocena wyglądu pacjenta: zadbany / zaniedbany, ułożenie ciała, mimika, stan odżywienia
	kontakt z pacjentem	czy pacjent nawiązuje kontakt, odpowiada na pytania, jest współpracujący, wycofany lub brak kontaktu
	orientacja	ocena orientacji co do osoby, miejsca, czasu i sytuacji
	poziom świadomości	czy pacjent przytomny, stupor, sopor, śpiączka – z krótkim opisem reakcji
	zachowanie	spokojny, niespokojny, pobudzony, apatyczny, agresywny, adekwatny do sytuacji
	samodzielność / ograniczenia	poziom samodzielności w ADL, potrzeba pomocy, ograniczenia ruchowe lub poznawcze



Przykłady bezpiecznych sformułowań

- ✓ pacjent przytomny, w kontakcie logicznym
- ✓ pacjent zorientowany co do osoby, miejsca, czasu i sytuacji
- ✓ pacjent senny, reaguje na polecenia
- ✓ pacjent niespokojny, stara się wstawać z łóżka
- ✓ pacjent wymaga pomocy w czynnościach samoobsługowych



Unikaj

- ✗ „stan średni” bez kontekstu
- ✗ „trudny do oceny”
- ✗ „nic niepokojącego” bez podania obserwacji

Ból i dolegliwości zgłaszane przez pacjenta

Dokładny opis bólu i innych dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta jest kluczowy dla oceny stanu zdrowia, planowania opieki oraz ewaluacji skuteczności działań pielęgniarских. Cytowanie wypowiedzi pacjenta pozwala wiernie oddać jego odczucia i ułatwia komunikację w zespole terapeutycznym.



Co uwzględnić przy opisie bólu?

	Lokalizacja	gdzie dokładnie pacjent odczuwa ból
	Natężenie	skala bólu, np. NRS 0–10, VAS – numer lub opis słowny
	Charakter	np. kłujący, tępy, piekący, pulsujący, uciskający
	Czas trwania	kiedy się pojawił, jak długo trwa, czy jest stały czy napadowy
	Czynniki nasilające/łagodzące	co nasila, co łagodzi ból (np. ruch, pozycja, leki, odpoczynek)
	Objawy towarzyszące	np. nudności, duszność, zawroty głowy, osłabienie



Przykład wpisu

Pacjent zgłasza ból w okolicy lędźwiowej po lewej stronie, o charakterze tępego ucisku, natężenie 6/10 w skali NRS. Ból nasila się przy zmianie pozycji i długotrwałym siedzeniu, łagodnieje po zastosowaniu pozycji półsiedzącej i podaniu leku p/bólowego. Ból utrzymuje się od wczesnych godzin porannych. Pacjent dodatkowo zgłasza nudności i osłabienie.



Wskazówka

Wypowiedzi pacjenta zapisuj w cudzysłowie, aby oddać jego własne słowa i kontekst.

Przykład:

„Ból jest kłujący, jakby ktoś wbijał igłę”.

Fakty i obserwacje zapisuj własnymi słowami.



Parametry życiowe

Jak dokumentować parametry życiowe?

Parametr	Co zanotować?	Jak zapisać jasno?	Przykład (z jednostką)
 temperatura	wartość, miejsce pomiaru, sposób pomiaru (jeśli istotne)	podaj wartość z jednostką i metodę	36,8 °C (pomiar pod pachą)
 tętno	częstość, rytm, regularność	podaj wartość, rytm i ewentualne odchylenia	82/min, rytm miarowy
 ciśnienie tętnicze	wartość skurczowa/rozkurczowa, pozycja pacjenta	zapisz w formacie skurczowe/rozkurczowe i jednostkę	130/80 mmHg (pozycja siedząca)
 oddech	częstość oddechów, charakter oddechu, ewentualne trudności	podaj częstość z jednostką i krótki opis	18/min, oddech spokojny, bez duszności
 saturacja	wartość SpO ₂ , źródło tlenu (jeśli stosowany)	podaj wartość z jednostką i ewentualnie przepływ tlenu	96% (SpO ₂), tlen 2 l/min przez nos
 glikemia (jeśli dotyczy)	wartość glikemii, czas względem posiłku, objawy hipoglikemii/hiperglikemii	podaj wartość z jednostką i kontekst pomiaru	142 mg/dl, na czczo

Zasady dobrego wpisu

- ✓ **podawaj wartości liczbowe** – unikaj opisów ogólnych, jeśli masz wynik liczbowy
- ✓ **wpisuj jednostki** – zawsze dołącz jednostkę miary
- ✓ **zaznacz kontekst** – pozycja pacjenta, pora dnia, przed/po posiłku, względem posiłku
- ✓ **odnotuj odchylenia i reakcję** – co było nieprawidłowe i jak zareagowano (np. poinformowano lekarza, zastosowano interwencję)



Przykład

Dnia 12.05.2025 r., godz. 08:00, pacjent w pozycji półsiedzącej. Temp. 37,1 °C (pod pachą). Tętno 86/min, rytm miarowy. Cśn. tętnicze 128/76 mmHg. Oddech 18/min, spokojny, bez duszności. SpO₂ 96% na tlenie 2 l/min przez nos. Glikemia 132 mg/dl na czczo. Stan ogólny stabilny, bez niepokojących objawów. Kontynuowano dotychczasowe leczenie, poinformowano lekarza o wynikach.

Oddychanie i układ krążenia



Co obserwować?



Oddychanie

- ✓ częstość i rytm oddechów
- ✓ głębokość oddechów
- ✓ wysiłek oddechowy (użycie mięśni dodatkowych, wciąganie międzyżebry)
- ✓ duszność – obecność, nasilenie, okoliczności występowania
- ✓ kaszel, odkrztuszanie
- ✓ saturacja (SpO₂) i tlenoterapia
- ✓ dźwięki oddechowe (jeśli oceniane)
- ✓ pozycja ułatwiająca oddychanie



Krążenie

- ✓ częstość i rytm tętna
- ✓ siła i jakość tętna
- ✓ ciśnienie tętnicze
- ✓ czas wypełnienia kapilarnego
- ✓ temperatura i kolor skóry
- ✓ obrzęki (lokalizacja, stopień)
- ✓ diureza / wydalanie
- ✓ objawy nietolerancji wysiłku, zawroty głowy



Jak opisywać?

Przykłady bezpiecznych sformułowań:

01

Oddechy 18/min, regularne, miarowe, bez cech duszności.

02

Duszność nasilająca się przy wysiłku, ustępuje w spoczynku. Pozycja półsiedząca przynosi ulgę.

03

Skóra różowa, ciepła, wilgotna. Obrzęki kończyn dolnych 1+.

04

Tętno 86/min, miarowe, dobrze wyczuwalne. Ciśnienie tętnicze 128/78 mmHg.

05

Saturacja 95% w powietrzu pokojowym, bez tlenoterapii.



Alarmujące objawy



narastająca duszność



sinica warg, paznokci, skóry



spadek saturacji (< 92%)



ból w klatce piersiowej



nagłe pogorszenie perfuzji

Skóra, rany i ryzyko odleżyn

Dokładna ocena i dokumentacja stanu skóry oraz ran pozwala szybko wykryć niepokojące zmiany i wdrożyć odpowiednie działania profilaktyczne i terapeutyczne.

Skóra Co dokumentować? Kolor np. różowy, blady, zaczerwieniony Temperatura np. ciepła, chłodna w dotyku Wilgotność/suchość np. nawilżona śluzem, sucha, łuszcząca się Integralność np. skóra nienaruszona, nadżerki, pęknięcia Obrzęki np. obecne (lokalizacja), brak	Rana Co dokumentować? Lokalizacja dokładne miejsce w obrębie ciała Wielkość długość × szerokość × głębokość (jeśli dotyczy) Wygląd np. ziarnina, martwica, nabłonek, tkanka żółta Wysięk ilość (mała/umiark./duża), charakter (np. surowiczy, krwisty) Zapach np. brak, nieprzyjemny Skóra wokół rany np. zaczerwieniona, obrzęknięta, macerowana Stan opatrunku np. czysty i suchy, wilgotny, zabrudzony	Ryzyko odleżyn Co dokumentować? Mobilność np. samodzielny, ograniczona, zależny Punkty ucisku np. krzyż, pięty, łokcie, potylica, kość krzyżowa Działania profilaktyczne np. materac przeciwoleżynowy, poduszki, pielęgnacja skóry Zmiany pozycji np. co 2 godz., godzina ostatniej zmiany pozycji Ocena skóry np. zaczerwienienia nieblaknące, ograniczona tolerancja ucisku
---	--	---

Przykłady wpisów

01	Skóra różowa, ciepła w dotyku, nawilżona, nienaruszona, bez objawów obrzęków.	
02	Rana w okolicy kości krzyżowej 2,5×1,8 cm, ziarninująca, wysięk mały surowiczy, bez zapachu, skóra wokół zaczerwieniona, opatrunek czysty i suchy.	
03	Pacjent o ograniczonej mobilności, punkty ucisku chronione, materac przeciwoleżynowy, zmiana pozycji co 2 godz., skóra oceniona – zaczerwienienia nieblaknące w okolicy pięt.	

	Uwaga Bezpieczniej jest używać mierzalnych i obserwowalnych określeń niż ogólnych stwierdzeń. Pisz konkretnie, rzeczowo i zgodnie z tym, co widzisz lub oceniasz.
--	--



Odżywianie, nawodnienie i wydalenie



Odżywianie



Apetyt

ocena apetytu pacjenta (dobry, zmniejszony, brak apetytu)



Ilość posiłków

ilość i regularność przyjmowanych posiłków



Tolerancja diety

tolerancja diety, rodzaj diety, preferencje



Trudności w połykaniu

dysfagia, konieczność modyfikacji konsystencji



Nudności/wymioty

obecność, częstość, okoliczności



Nawodnienie



Przyjmowanie płynów

ilość i rodzaj przyjmowanych płynów (doustnie, dożylnie, doustnie + dożylnie)



Bilans

bilans płynów: przyjęcia, straty, bilans dobowy ($\pm$ /ml)



Oznaki odwodnienia/przewodnienia

śluzówki, skóra, pragnienie, obrzęki, duszność, masa ciała



Wydalenie



Diureza

ilość moczu, częstość oddawania moczu



Oddawanie stolca

częstość, konsystencja, objętość, kolor



Wymioty

obecność, ilość, charakter treści



Biegunka/zaparcie

częstość, konsystencja, skala problemu



Cechy moczu/stolca

kolor, zapach, przejrzystość, obecność domieszek



Na co zwrócić uwagę w opisie?

- ✓ Podawaj konkretne ilości i częstotliwość (ml, liczba posiłków).
- ✓ Uwzględniaj tolerancję diety i ewentualne ograniczenia.
- ✓ Oceniaj bilans płynów w kontekście stanu pacjenta.
- ✓ Opisuj charakter wydaliny – obserwacje są kluczowe.
- ✓ Odnotuj działania pielęgniarstwa i reakcję pacjenta.



Przykład

Pacjent przyjął 2 posiłki – ok. 75% śniadania i 50% obiadu, pije wodę – ok. 1200 ml/dobę. Diureza 1200 ml/dobę, oddał stolec uformowany – 1x/dobę, kolor brązowy. Toleruje dietę, bez nudności i wymiotów.



MODUŁ 03

Dokumentowanie działań pielęgniarских

W tym module dowiesz się, jak prawidłowo dokumentować wykonane działania pielęgniarские, procedury, urządzenia, opatrunki, pobieranie materiału do badań, higienę, mobilizację oraz edukację pacjenta i jego rodziny.

20

Jak opisywać wykonane czynności?



21

Podawanie leków



22

Wkłucia, cewniki, dreny i inne wyroby medyczne



23

Opatrunki i pielęgnacja ran



24

Pobieranie materiału do badań



25

Higiena, mobilizacja i profilaktyka



26

Edukacja pacjenta i rodziny





Jak opisywać wykonane czynności?

Bezpieczny wpis powinien jasno opisywać: co zostało zrobione, kiedy, w jaki sposób i z jakim efektem. Dzięki temu dokumentacja jest kompletna i użyteczna.

1



Co wykonano?

Dokładnie opisz, jaką czynność lub interwencję przeprowadzono.

2



Kiedy?

Podaj datę i godzinę wykonania czynności.

3



Jak / w jakim zakresie?

Określ sposób wykonania i zakres czynności.

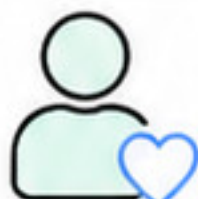
4



Dlaczego / z jakiego powodu?

Wskaż wskazanie, cel lub powód wykonania czynności.

5



Jaka była reakcja pacjenta?

Opisz obserwację efektu i odpowiedź pacjenta na działanie.



Czego unikać?



„zajęto się pacjentem”



„wykonano czynności”



„pacjent zaopiekowany”



„wszystko bez zmian”



Jak pisać lepiej?



„Pacjentowi pomagano przy toalecie porannej w łóżku”



„Zmierzono ciśnienie tętnicze 128/76 mmHg”



„Zmieniono pozycję pacjenta na lewy bok”



„Po inhalacji pacjent zgłasza łatwiejszy oddech”



Zapamiętaj

Każdy wpis powinien odpowiadać na pytania: **co zrobiłem/am, kiedy, jaki był wynik i jaka była odpowiedź pacjenta?**



Podawanie leków

Dokładna dokumentacja podanych leków zwiększa bezpieczeństwo pacjenta i pozwala na prawidłową ciągłość terapii.



Co należy odnotować?



nazwa leku

pełna nazwa handlowa
lub międzynarodowa



dawka

dokładna ilość podana
(np. 500 mg, 2 tabletki)



droga podania

np. doustna, dożylna, podskórna,
domięśniowa, wziewna



godzina

aktualna godzina podania



wskazanie / powód

powód podania (np. ból, gorączka,
nadciśnienie)



**reakcja pacjenta /
efekt**

efekt działania, poprawa,
brak efektu, działania niepożądane



**odmowa /
pominięcie dawki**

jeśli pacjent odmówił lub
pominięto dawkę – podaj powód



Przykład wpisu

08:15 – Paracetamol 500 mg,
2 tabletki doustnie

wskazanie: ból głowy

Pacjent skarżył się na ból głowy
o nasileniu 7/10.

Po 60 minutach pacjent zgłasza
zmniejszenie bólu do 2/10,
dobre samopoczucie.

Toleruje lek, brak działań
niepożądanych.

Podano zgodnie z zaleceniem
lekarskim.



Uwaga

- ✓ Zawsze zapisuj pełną nazwę leku, dawkę, drogę podania i godzinę.
- ✓ Odnotuj efekt działania lub jego brak, a także działania niepożądane.
- ✓ Wpisz odmowę lub pominięcie dawki oraz podaj przyczynę.
- ✓ W przypadku leków „doraźnych” (PRN) – zawsze dokumentuj efekt.



Nie pisz zbyt ogólnie

Zbyt ogólnie

- ✗ Podano lek.
Lek przeciwbólowy
podano.
- ✗ Pacjent przyjął lek.
- ✗ Bez działań
niepożądanych.

Zapisz precyzyjnie

- ✓ 08:15 – Paracetamol 500 mg,
2 tabl. doustnie w wyznaczeniu
ból głowy.
- ✓ 08:15 – Ibuprofen 400 mg,
1 tabl. doustnie w wyzn. ból.
Pacjent przyjął lek.
- ✓ Brak działań niepożądanych.
Pacjent czuje się dobrze.
Toleruje lek.



Wkłucia, cewniki, dreny i inne wyroby medyczne

Dokumentacja wyrobów medycznych powinna opisywać lokalizację, stan, drożność, sposób pielęgnacji oraz obserwowane powikłania.



Wkłucia / kaniule

Co dokumentować?

- lokalizacja (miejsce założenia)
- data/godzina założenia jeśli znana
- drożność / funkcjonowanie
- wygląd miejsca wkłucia i opatrunku
- mocowanie / zabezpieczenie
- dolegliwości / powikłania (zaczerwienienie, obrzęk, bolesność, wyciek)
- działania pielęgniarские (płukanie, wymiana opatrunku, wymiana kaniuli)
- tolerancja przez pacjenta



Cewniki

Co dokumentować?

- rodzaj cewnika i rozmiar (jeśli dotyczy)
- lokalizacja (miejsce założenia)
- data/godzina założenia jeśli znana
- drożność / odpływ moczu
- charakter i ilość moczu
- wygląd miejsca wkłucia / ujęcia
- mocowanie / zabezpieczenie
- dolegliwości / powikłania (zaczerwienienie, ból, wyciek, infekcja)
- działania pielęgniarские (pielęgnacja, płukanie, wymiana cewnika)
- tolerancja przez pacjenta



Dreny

Co dokumentować?

- rodzaj drenu i rozmiar (jeśli dotyczy)
- lokalizacja
- data/godzina założenia jeśli znana
- drożność / funkcjonowanie
- ilość i charakter odpływu
- wygląd miejsca wyjścia drenu i opatrunku
- mocowanie / zabezpieczenie
- dolegliwości / powikłania (np. ból, zaczerwienienie, wyciek)
- działania pielęgniarские (płukanie, zmiana opatrunku, kontrola odpływu)
- tolerancja przez pacjenta



Inne wyroby medyczne

Co dokumentować?

- rodzaj wyrobu medycznego (np. tracheostomia, PEG, port naczyniowy, sonda)
- lokalizacja
- data/godzina założenia jeśli znana
- stan / funkcjonowanie
- wygląd miejsca i opatrunku
- mocowanie / zabezpieczenie
- dolegliwości / powikłania
- działania pielęgniarские (pielęgnacja, płukanie, wymiana, kontrola)
- tolerancja przez pacjenta



Przykłady wpisów

1

Wkłucie dożylnie grzbiet dłoni L. 20.05.2025, godz. 10:30. Dostęp drożny, w trakcie infuzji. Miejsce czyste, bez zaczerwienienia, opatrunek suchy. Kaniula stabilna, dobrze zamocowana. Pacjent bez dolegliwości.

2

Cewnik do pęcherza Foleya 16 Ch. założony 19.05.2025, godz. 15:45. Dostęp drożny. Odpływ moczu żółty, klarowny, ilość 1300 ml/24 h. Okolice cewki bez zaczerwienienia, zabezpieczony. Pacjent toleruje dobrze.

3

Dren Redona w ranie pooperacyjnej brzucha, lewy dół brzucha. Założony 18.05.2025, godz. 18:20. Odpływ drożny, ilość 70 ml/24 h, wydzielina surowiczo-krwista. Miejsce wyjścia czyste, opatrunek suchy. Dren stabilny. Pacjent bez dolegliwości bólowych.



Uwaga

W opisie zawsze określ:

- ✓ czy wyrób został skontrolowany, pielęgnowany lub usunięty,
- ✓ jaki był jego stan i drożność,
- ✓ jakie działania zostały wykonane,
- ✓ jak pacjent tolerował zabieg lub obecność wyrobu.

W razie niepokojących objawów niezwłocznie poinformuj lekarza.



Opatrunki i pielęgnacja ran

Dokumentuj wygląd rany, pielęgnację i zastosowane opatrunki oraz reakcję pacjenta. Precyzyjny opis wspiera proces leczenia i ciągłość opieki.



Co opisać przy zmianie opatrunku?



Lokalizacja rany

dokładne miejsce występowania rany
(np. lewa kończyna dolna, okolica krzyżowa)



Wielkość

długość × szerokość × głębokość (cm)
lub powierzchnia (cm²)



Wygląd dna rany

kolor, typ tkanki (ziarnina, włóknik, martwica), wilgotność



Brzegi

zgrubiałe, podwinięte, płaskie, nieregularne,
oddzielone, przylegające



Skóra wokół

zaczerwienienie, obrzęk, maceracja,
ciepłota, suchość, nadżerki



Wysięk

obecność, ilość (mała/umiarkowana/duża),
rodzaj (surowiczy, surowiczo-krwisty, krwisty,
ropny), kolor



Zapach

brak, łagodny, umiarkowany, silny



Rodzaj opatrunku

nazwa/opis materiału opatrunkowego,
elementy dodatkowe (np. kompres, folia)



Tolerancja pacjenta

ból podczas zmiany opatrunku (skala),
komentarz pacjenta, współpraca



Kolejność opisu

1



Ocena rany
opisz stan rany
i skóry wokół

2



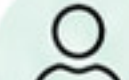
Wykonane działania
oczyszczenie, irygacja,
usunięcie zalegających
materiałów itp.

3



Zastosowany opatrunek
rodzaj opatrunku
i sposób zabezpieczenia

4



Reakcja pacjenta
ból, samopoczucie,
współpraca



Przykład wpisu

Zmiana opatrunku – 12.05.2025, godz. 10:30.

Lokalizacja: lewa kończyna dolna, część przednia goleni.

Wielkość rany: 3,2 × 2,5 × 0,4 cm.

Dno rany: ziarnina czerwona 80%, włóknik żółty 20%, wilgotne.

Brzegi: regularne, płaskie, przylegające.

Skóra wokół: łagodne zaczerwienienie, bez obrzęku i maceracji.

Wysięk: umiarkowany, surowiczy.

Zapach: brak.

Działania: oczyszczono ranę 0,9% NaCl, usunięto resztki włókna.

Zastosowany opatrunek: hydrożel + opatrunek piankowy 10×10 cm,
zabezpieczony folią półprzepuszczalną.

Tolerancja pacjenta: ból 2/10 w skali NRS, pacjent współpracujący,
bez dolegliwości po zabiegu.



Unikaj

Stosuj język konkretny i obserwowalny.

Unikaj sformułowań ogólnych i nieprecyzyjnych:



„Rana ładna.”



Nie określa, co dokładnie
zostało zaobserwowane.



„Opatrunek OK.”



Nie podaje rodzaju
ani stanu opatrunku.



„Bez zmian.”



Nie wiadomo,
co i kiedy oceniono.



**Bezpieczniej i czytelniej jest opisać to,
co można zmierzyć, zobaczyć i ocenić.**



Pobieranie materiału do badań



Dokumentacja powinna potwierdzać, jaki materiał pobrano, kiedy, w jaki sposób oraz co stało się z próbką dalej.

Co powinien zawierać wpis?

	01 rodzaj materiału	Określ, jaki materiał pobrano (np. krew żylna, mocz, wymaz z gardła, kał, posiew z rany).
	02 godzina i data pobrania	Podaj dokładną datę i godzinę pobrania materiału.
	03 miejsce / sposób pobrania	Określ miejsce pobrania i technikę (np. żyła odłokciowa, cewnik, nakłucie opuszki palca).
	04 oznaczenie próbki	Podaj sposób oznaczenia próbki (np. etykieta z danymi pacjenta, numer zlecenia).
	05 przekazanie do badania	Wskaż, gdzie i komu przekazano materiał oraz godzinę przekazania.
	06 tolerancja pacjenta	Oceń tolerancję zabiegu (np. dobra, zadowalająca, zła) i reakcję pacjenta.
	07 trudności / zdarzenia szczególne	Zapisz ewentualne trudności, zdarzenia niepożądane lub czynniki mogące wpłynąć na wynik badania.



Przykład wpisu

24.05.2025 r. godz. 07:15 – pobrano krew żylną z żyły odłokciowej lewej do badań laboratoryjnych (morfologia, CRP, jonogram). Próbka oznaczona etykietą z danymi pacjenta i numerem zlecenia. Przekazano do laboratorium szpitalnego o godz. 07:30. Pacjent tolerował zabieg dobrze. Brak trudności.



Dobra praktyka

- ✓ Potwierdź tożsamość pacjenta przed pobraniem.
- ✓ Oznacz materiał poprawnie – czytelnie i zgodnie z procedurą.
- ✓ Zapisz, czy istotne było bycie na czczo lub inne specjalne przygotowanie.
- ✓ Jeśli konieczne było powtórne pobranie – odnotuj przyczynę i nowy materiał.



Higiena, mobilizacja i profilaktyka

Dokumentuj udzieloną pomoc, tolerancję pacjenta oraz podejmowane działania profilaktyczne. Rzetelny zapis wspiera ciągłość opieki, ocenę skuteczności interwencji i bezpieczeństwo pacjenta.



Higiena

Co warto odnotować:



Zakres pomocy

np. całkowita, częściowa, nadzór



Rodzaj czynności

np. toaleta całego ciała, toaleta w łóżku, mycie włosów



Stan skóry

np. czysta, sucha, zaczerwieniona, uszkodzenia, odleżyny



Tolerancja pacjenta

np. dobra, umiarkowana, zła



Samodzielność

możliwość wykonywania czynności samodzielnie



Mobilizacja

Co warto odnotować:



Forma mobilizacji

np. zmiana pozycji, siadanie, wstawanie, marsz



Stopień pomocy

np. samodzielnie, z pomocą jednej osoby, z pomocą dwóch osób, sprzęt



Dystans / czas

np. przeszedł 30 m, ćwiczenia 10 min



Tolerancja

np. dobra, ograniczona, zła



Objawy podczas wysiłku

np. duszność, ból, zmęczenie, zawroty głowy



Bezpieczeństwo

np. asekuracja, rączki łóżka, pas asekuracyjny



Profilaktyka

Przykłady działań:



Przeciwoleżynowa

zmiana pozycji, materac przeciwoleżynowy, ochrona miejsc narażonych



Przeciwapadkowa

ocena ryzyka, zabezpieczenia łóżka, edukacja pacjenta i rodziny



Przeciwwzakrzepowa

wczesna mobilizacja, ćwiczenia kończyn, pończochy uciskowe, farmakoterapia (por. zleceniem)



Oddechowa

ćwiczenia oddechowe, kontrola oddechu, efektywne odkashlanie, zmiana pozycji



Przykładowe sformułowania

- 1 Pacjentowi wykonano toaletę całego ciała z pomocą w zakresie higieny intymnej. Skóra czysta, sucha, bez zmian patologicznych. Tolerancja dobra.
- 2 Pacjent samodzielnie zmienił pozycję w łóżku. Tolerancja dobra.
- 3 Pacjent przeszedł z pomocą jednej osoby ok. 20 m. Tolerancja umiarkowana, zgłaszał zmęczenie.
- 4 Zastosowano profilaktykę przeciwoleżynową – zmiana pozycji co 2 godz., materac przeciwoleżynowy. Skóra całkowita.



Uwaga

Dokumentuj nie tylko wykonanie czynności, ale także odpowiedź pacjenta na interwencję oraz wszelkie trudności lub odmowy. To kluczowe dla bezpieczeństwa i planowania dalszej opieki.



Edukacja pacjenta i rodziny

Dokumentuj, jaką edukację przekazano, komu, w jaki sposób oraz czy potwierdzono zrozumienie.

Co dokumentować?



temat edukacji

jakie zagadnienie omówiono



odbiorca

pacjent, rodzina/opiekun lub oboje



forma przekazu

rozmowa, instruktaż, pokaz, broszura, materiały pisemne itp.



reakcja / zrozumienie

czy potwierdzono zrozumienie, pytania pacjenta lub rodziny



materiały lub zalecenia

jakie materiały przekazano, jakie zalecenia omówiono



potrzeba dalszej edukacji

czy wymagana jest kontynuacja edukacji i w jakim zakresie



Przykład wpisu

Przeprowadzono edukację pacjenta i córki dotyczącą pielęgnacji rany w domu: zasady zmiany opatrunku, higiena rąk, objawy zakażenia wymagające kontaktu z lekarzem. Omówiono stosowanie leków: nazwa, dawka, godziny przyjmowania, możliwe działania niepożądane. Przekazano ulotki edukacyjne. Pacjent z córką powtórzyli instrukcje. Zadawali pytania – udzielono odpowiedzi. Wymagana dalsza edukacja przed wypisem.



Ważne

- Nie zapisuj ogólnie „udzielono edukacji”.
- Zawsze określ, czego dotyczyła edukacja.
- Zapisz, czy pacjent/rodzina powtórzyli instrukcje lub zadawali pytania.
- Odnotuj bariery: ból, zmęczenie, dezorientacja, trudności językowe.



Dobre sformułowania

- ✓ „Przeprowadzono edukację pacjenta/rodziny w zakresie ...”
- ✓ „Pacjent/rodzina wykazali zrozumienie – powtórzyli najważniejsze informacje.”
- ✓ „Przekazano materiały edukacyjne i omówiono zalecenia.”
- ✓ „Wymagana dalsza edukacja w zakresie ...”



MODUŁ 04

Ocena efektów i ciągłość opieki

W tym module nauczysz się, jak dokumentować reakcję pacjenta na podjęte działania, ponowną ocenę jego stanu, zmiany w kondycji zdrowotnej, komunikację z zespołem terapeutycznym, przekazanie pacjenta między zmianami, przyjęcie do oddziału oraz wypis lub przekazanie do innej jednostki.

28	Reakcja pacjenta na działania	
29	Ponowna ocena stanu pacjenta	
30	Zmiana stanu zdrowia	
31	Informowanie lekarza i zespołu terapeutycznego	
32	Przekazanie pacjenta między zmianami	
33	Przyjęcie pacjenta	
34	Wypis lub przekazanie do innego oddziału	



Reakcja pacjenta na działania

Po wykonaniu działania pielęgniarzki dokumentacja powinna odzwierciedlać, czy uzyskano zamierzony efekt oraz jak pacjent tolerował interwencję.



Co warto ocenić?



efekt działania

czy osiągnięto zamierzony cel, w jakim stopniu, w jakim czasie



tolerancja

jak pacjent zareagował na działanie, czy dobrze je tolerował



subiektywna opinia pacjenta

jak pacjent ocenia swoje samopoczucie, komfort, ewentualną ulgę lub poprawę



objawy uboczne / niepożądane

czy wystąpiły działania niepożądane, nasilenie i czas ich trwania



potrzeba dalszej obserwacji

czy wymaga kontynuacji, dodatkowej obserwacji lub interwencji



Przykłady

1

Po podaniu leku przeciwbólowego

Po podaniu paracetamolu 1000 mg p.o. pacjent zgłasza zmniejszenie bólu z 7/10 do 3/10 w skali NRS, ból do zniesienia. Działanie dobrze tolerowane.

2

Po zmianie pozycji

Po zmianie pozycji pacjent zgłasza zmniejszenie duszności, oddycha spokojnie, SaO₂ 95% na powietrzu atmosferycznym. Dobrze toleruje pozycję półwysoką.

3

Po inhalacji

Po inhalacji z salbutamolem pacjent zgłasza ułatwienie oddychania, zmniejszenie świszczącego oddechu, działanie dobrze tolerowane.

4

Po wykonaniu toalety

Po toalecie ciała pacjent relaksuje się, skóra czysta, sucha, pacjent wyraża zadowolenie.

5

Po edukacji

Po rozmowie edukacyjnej pacjent prawidłowo powtórzył zalecenia dotyczące diety i przyjmowania leków.



Unikaj

Sformułowania ogólne, nieprecyzyjne, bez kontekstu:

- „pacjent dobrze”
- „po zabiegu lepiej”
- „stan stabilny”
- „bez uwag”



Nie informuj, co zostało osiągnięte i w jakim stopniu. Zawsze doprecyzuj efekt i tolerancję działania.



Dobra praktyka

- ✓ Porównuj stan pacjenta przed i po działaniu, jeśli to możliwe (np. skala bólu, tętno, RR).
- ✓ Oceniaj efekt, tolerancję i ewentualne objawy uboczne.
- ✓ Uwzględniaj subiektywną opinię i odczucia pacjenta.
- ✓ Zapisuj konkretne, mierzalne informacje z datą i godziną.
- ✓ W razie nieuzyskania oczekiwanego efektu – zapewnij dalszą obserwację i działanie.



Ponowna ocena stanu pacjenta

Ponowna ocena stanu pacjenta pozwala potwierdzić aktualny stan, wykryć zmiany i zaplanować kolejne działania pielęgnacyjne.

Kiedy i jak ponownie oceniać?

01



Po interwencji

ocenić skuteczność podjętych działań.

02



Po zmianie stanu

gdy stan pacjenta uległ poprawie lub pogorszeniu.

03



Po otrzymaniu wyników

badań lub konsultacji lekarskiej.

04



Przed przekazaniem opieki

innemu członkowi zespołu.

05



Przed wypisem

z oddziału lub zakończeniem opieki.

06



Gdy pacjent zgłasza nowe dolegliwości

lub zmiany w samopoczuciu.

Co porównać z wcześniejszym wpisem?



Objawy

nasilenie, częstość, charakter.



Parametry życiowe

tętno, RR, oddechy, SpO₂, temperatura.



Samopoczucie

komfort, ból, sen, apetyt, energia.



Reakcję na leczenie

skuteczność, działania niepożądane.



Bezpieczeństwo pacjenta

ryzyko upadku, odleżyn, zakażeń itp.



Przykład wpisu

Ponowna ocena – godz. 10:30.

Pacjent po podaniu leku przeciwbólowego.

Ból zmniejszył się z 7/10 do 3/10 w NRS.

Tętno 84/min, RR 128/78 mmHg, oddechy 18/min,

SpO₂ 97%, temperatura 36,8°C.

Pacjent zgłasza poprawę samopoczucia, spokojny, w kontakcie, apetyt zachowany.

Brak działań niepożądanych.

Zalecenia kontynuowane. Kontrola wg planu.



Zapamiętaj

Każda ponowna ocena powinna być powiązana z wcześniejszym wpisem i jasno określać, czy w stosunku do poprzedniej oceny nastąpiła:

✓ poprawa

✓ brak zmian

✓ pogorszenie



Zmiana stanu zdrowia

Każda zmiana stanu pacjenta powinna być niezwłocznie, jasno i rzetelnie dokumentowana z odniesieniem do wcześniejszego stanu.

Dokumentacja umożliwia ocenę dynamiki stanu, skuteczności interwencji i podejmowanie właściwych decyzji klinicznych.



1. Kiedy odnotować zmianę?



nagle pogorszenie

np. pogorszenie oddychania, spadek ciśnienia, wzrost bólu, zaburzenia świadomości



stopniowa zmiana

wyraźny trend zmian w parametrach, samopoczuciu lub funkcjonowaniu



nowe objawy

pojawienie się objawów, których wcześniej nie było



poprawa po interwencji

wyraźna poprawa po leczeniu, zabiegach lub modyfikacji opieki



niepokojące wyniki

istotne odchylenia w badaniach lub pomiarach



2. Co opisać?



co się zmieniło

konkretna różnica w porównaniu ze stanem poprzednim



kiedy

dokładna godzina i czas trwania zmiany, jeśli istotny



objawy i parametry

z wartościami liczbowymi i obserwacjami, np. ból 8/10, HR 120/min, SpO₂ 92%



możliwa przyczyna

jeśli znana lub podejrzewana



działania podjęte

interwencje, leczenie, powiadomienia



reakcja pacjenta

tolerancja działań, samopoczucie, stopień poprawy/pogorszenia



3. Przykład wpisu

12.05.2025 godz. 09:40

Stan pacjenta pogorszył się w porównaniu do godz. 07:00.

Pacjent zgłasza nasilający się ból w klatce piersiowej – 8/10, promieniujący do lewego barku.

Oddech przyspieszony, duszność w spoczynku.

RR 90/60 mmHg (było 120/70 mmHg), HR 120/min (było 88/min), SpO₂ 92% (było 97%), rytm miarowy.

Skóra biała, spocona, niepokój.

Możliwa przyczyna: niedokrwienie mięśnia sercowego – podejrzenie incydentu wieńcowego.

Działania: podano tlen 3 l/min przez wąsy nosowe, powiadomiono lekarza dyżurnego (09:42), wykonano EKG, zapewniono odpoczynek w pozycji półsiedzącej.

Reakcja pacjenta: współpracujący, zgłasza ulgę po tlenie – ból 6/10, duszność nieco mniejsza.



4. Uwaga – dobra praktyka



Pisz dokładnie, konkretnie i z wartościami liczbowymi.



Zawsze porównuj ze stanem wcześniejszym (z podaniem godziny).



Nie używaj ogólników – unikaj sformułowań „pogorszenie”, „stan gorszy” bez szczegółów.



W przypadku zmian zagrażających życiu – nie zwlekaj z powiadomieniem lekarza.



Doceniaj pozytywne zmiany – dokumentuj poprawę tak samo starannie jak pogorszenie.



Informowanie lekarza i zespołu terapeutycznego

Dokumentowanie informacji przekazywanych lekarzowi i zespołowi terapeutycznemu pozwala na spójną opiekę, szybkie podejmowanie decyzji i zwiększa bezpieczeństwo pacjenta. Zapisuj, kiedy, dlaczego i komu przekazałeś istotne informacje kliniczne.



1. Kiedy informować?

Typowe sytuacje wymagające kontaktu z lekarzem lub zespołem terapeutycznym:



pogorszenie stanu pacjenta

nagle lub stopniowe pogorszenie parametrów, zwiększenie dolegliwości



nieprawidłowe parametry

odchylenia od normy (np. RR, SpO₂, temperatura, diureza)



ból nieustępujący

ból utrzymujący się mimo zastosowanego leczenia



wyniki alarmujące

krytyczne wyniki badań, zmiany w EKG lub badaniach obrazowych



nowe objawy

pojawienie się nowych dolegliwości lub objawów



odmowa leczenia / współpracy

pacjent odmawia terapii, badań lub zabiegów



2. Jak przekazać informację?

Stosuj prostą strukturę (SBAR):

S

sytuacja

Powiedz, co się dzieje teraz, w kilku zwięzłych zdaniach.

B

tło

Podaj istotne informacje o stanie pacjenta, chorobach, leczeniu.

A

ocena

Przedstaw swoją ocenę sytuacji, obserwacje, zmiany w stanie pacjenta.

R

rekomendacja / oczekiwanie

Poinformuj, czego oczekujesz – zalecenia, zmiany leczenia, oceny, decyzji.



Przeznacz informacje jasno, rzeczowo i w sposób zrozumiały. Upewnij się, że została zrozumiana.



3. Co zapisać w dokumentacji?

Każdorazowo udokumentuj:

- ✓ datę i godzinę kontaktu
- ✓ kto został poinformowany (imię, nazwisko, funkcja)
- ✓ powód kontaktu
- ✓ przekazane informacje (stan pacjenta, obserwacje)
- ✓ otrzymane zalecenia / zlecenia
- ✓ reakcję zespołu lub plan dalszego postępowania



4. Przykład wpisu

31.05.2024, godz. 14:35

Poinformowano lek. Jana Kowalskiego o pogorszeniu stanu pacjenta.

Powód kontaktu: spadek SpO₂ do 88% mimo tlenoterapii 3 l/min, duszność w spoczynku, przyspieszony oddech 28/min. Przekazane informacje: pacjent lat 72, POChP, od godz. 12:00 nasilająca się duszność, ból w klatce piersiowej 4/10, osłuchowo świsty nad polami płucnymi.

Zalecenia lekarza: tlen do 5 l/min, nebulizacja Salbutamol 2,5 mg + Ipratropium 0,5 mg, kontrola ABG, SpO₂ co 30 min.

Reakcja / plan: wdrożono zalecenia, pacjent monitorowany, ponowna ocena za 1 godzinę.



Uwaga!

Zawsze powtórz zlecenie przekazane ustnie, aby potwierdzić jego treść (np. „Czyli paracetamol 1 g dożylnie o 18:00 – dobrze rozumiem?”) i zapisz je niezwłocznie w dokumentacji.



Przekazanie pacjenta między zmianami

Starannie i kompletne przekazanie pacjenta zapewnia ciągłość opieki, pozwala uniknąć pominieć i zwiększa bezpieczeństwo pacjenta.



Co powinno znaleźć się w przekazaniu?



1. Dane pacjenta

imię i nazwisko, wiek, numer łóżka / oddział, data przyjęcia, rozpoznanie.



2. Stan aktualny

ogólny stan pacjenta, świadomość, samopoczucie, bóle, duszność, inne dolegliwości.



3. Najważniejsze problemy

aktywne problemy zdrowotne wymagające uwagi i monitorowania.



4. Parametry

najważniejsze parametry życiowe z ostatnich pomiarów.



5. Leki i płyny

podane leki, planowane leki, dożylnie płyny, bilans płynów (jeśli istotny).



6. Rany / wkłucia / dreny

stan opatrunków, dostępów naczyniowych, drenów i cewników.



7. Ryzyko upadku i odleżyn

poziom ryzyka, zastosowane środki zapobiegawcze, zalecenia.



8. Plan na kolejne godziny

zaplanowane badania, procedury, konsultacje, zalecenia do realizacji.



Model uporządkowanego przekazania

1

Przygotuj się

Zapoznaj się z dokumentacją, wynikami badań i wpisami z bieżącej zmiany.

2

Przełącz kluczowe informacje

Podaj dane pacjenta i najważniejsze informacje według ustalonej struktury.

3

Priorytetyzuj

Zwróć uwagę na problemy i działania wymagające pilnej uwagi.

4

Zapytaj o pytania

Upewnij się, że odbierający nie ma wątpliwości i rozumie plan opieki.

5

Potwierdź zrozumienie

Odbierający podsumowuje kluczowe elementy przekazania.

6

Dokumentuj

Zapisz przekazanie w dokumentacji zgodnie z przyjętymi zasadami.



Przykład przekazania

Pacjent: Jan Kowalski, 72 lata, łóżko 14, oddział wewnętrzny, przyjęty 29.04 z powodu zaostrzenia POChP.

Stan: przytomny, kontakt logiczny, zgłasza duszność przy wysiłku, ból głowy 3/10, wydzielina niewielka, gorączki brak.

Problemy: POChP, nadciśnienie tętnicze, ryzyko zakażenia.

Parametry: RR 135/80 mmHg, HR 82/min, SpO₂ 94% (2 l/min O₂), temp. 36,6°C, oddech 20/min.

Leki i płyny: paracetamol 500 mg 1 tabl. doraźnie, salbutamol wziewnie wg zaleceń. Płyny p.o. ok. 1200 ml/24 h.

Rany / wkłucia / dreny: wkłucie dożylnie w PŻ, drożne, opatrunek suchy.

Ryzyko: upadku – średnie (łóżko w niskiej pozycji, dzwonek w zasięgu), odleżyn – wysokie (materac przeciwoleżynowy).

Plan: morfologia i CRP jutro rano, konsultacja pulmonologiczna, kontynuacja leczenia, monitorowanie SpO₂.



Unikaj



Brak priorytetów

Nie przekazuj wszystkich informacji na jednym poziomie – wskaż, co wymaga uwagi w pierwszej kolejności.



Brak informacji o zmianach

Zawsze informuj o tym, co zmieniło się w stanie pacjenta i w planie leczenia.



Zbyt ogólne sformułowania

Unikaj stwierdzeń typu „bez zmian”, „wszystko OK” bez podania konkretów.



Pomijanie pytań i potwierdzenia

Nie kończ przekazania bez upewnienia się, że druga osoba zrozumiała kluczowe informacje.



Przyjęcie pacjenta

Dokumentacja przyjęcia tworzy punkt odniesienia dla dalszej opieki.
Rzetelne zebranie informacji pozwala zapewnić bezpieczeństwo,
ciągłość leczenia i odpowiednie planowanie opieki.



Co udokumentować przy przyjęciu?

✓ 1. Tożsamość pacjenta	imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia, adres
✓ 2. Powód przyjęcia	główne dolegliwości, okoliczności przyjęcia
✓ 3. Stan ogólny	ocena stanu świadomości, wygląd ogólny
✓ 4. Ból	lokalizacja, nasilenie (NRS), charakter, czynniki łagodzące
✓ 5. Parametry życiowe	RR, HR, SpO ₂ , oddechy, temperatura, BGL (jeśli dotyczy)
✓ 6. Skóra i rany	ocena skóry, obecność ran, odleżyn, opatrunków
✓ 7. Samodzielność	ADL – stopień samodzielności, potrzeba pomocy
✓ 8. Ryzyka	upadku, odleżyn, niedożywienia, zakrzepicy – ocena wstępna
✓ 9. Leki	przyjmowane leki, ostatnia dawka, źródło informacji
✓ 10. Alergie	znane alergie na leki, pokarmy, materiały
✓ 11. Wyroby medyczne	cewniki, dreny, stomie, inhalatory, pompy itp.
✓ 12. Rzeczy osobiste	zabezpieczenie, miejsce przechowywania, wartościowe przedmioty
✓ 13. Orientacja pacjenta w oddziale	informacja o sali, zasadach, osobie kontaktowej



Ważne pytania na start

- ? Co Pana/Panią dzisiaj sprowadziło do szpitala?
- ? Jak ma Pan/Pani dolegliwości i od kiedy się utrzymują?
- ? Czy odczuwa Pan/Pani ból? Gdzie? Jak bardzo?
- ? Jakie leki przyjmuje Pan/Pani na stałe?
- ? Czy występują alergie na leki, pokarmy lub inne substancje?
- ? Czy jest coś, co powinniśmy wiedzieć, aby lepiej zadbać o Pana/Panią?
- ? Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy w codziennych czynnościach?



Przykład wpisu

33-letni pacjent przyjęty 20.05.2025 r., godz. 14:30.
Powód przyjęcia: silny ból brzucha od 12 h.
Stan ogólny: przytomny, kontakt słowny pełny, wydolny krążeniowo i oddechowo. Ból brzucha NRS 7/10.
Parametry: RR 120/80 mmHg, HR 88/min, SpO₂ 98% (pow. pok.), oddechy 18/min, temp. 36,8°C, BGL 98 mg/dl.
Skóra ciepła, sucha, bez zmian odleżynowych. Samodzielny w ADL.
Ryzyko upadku niskie (Morse 20), odleżyn niskie (Braden 20).
Leki przyjmowane: brak leków na stałe. Alergie: zaprzecza.
Wyroby medyczne: brak. Rzeczy osobiste przekazane do szafki.
Poinformowano o zasadach na oddziale i osobie kontaktowej.
Pacjent zrozumiał przekazane informacje.
Podpis: A.K.



Zapamiętaj

- ✓ Dokumentuj rzetelnie – zapis przyjęcia to punkt odniesienia dla dalszej opieki.
- ✓ Zwracaj uwagę na bezpieczeństwo – ocena ryzyk powinna być wykonana już na początku.
- ✓ Przekazuj pacjentowi jasne informacje o oddziale, planie opieki i osobach kontaktowych.
- ✓ Aktualizuj informacje w dokumentacji na bieżąco.



Wypis lub przekazanie do innego oddziału

Dokładne udokumentowanie wypisu pacjenta ze szpitala lub przekazania do innego oddziału zapewnia ciągłość opieki i bezpieczeństwo pacjenta.

Co należy zapisać?

	data i godzina	dokładna data oraz godzina wypisu lub przekazania
	stan pacjenta	aktualny stan ogólny, kluczowe parametry, stan przy wypisie / przekazaniu
	dokąd przekazano / wypisano	nazwa oddziału, placówki lub adres wypisu do domu
	transport	środek transportu, opieka w transporcie
	dokumenty	przekazane dokumenty, wyniki, skierowania itp.
	zalecenia	główne zalecenia lekarskie i pielęgniarские
	leki	leki przy wypisie, zmiany dawkowania, e-recepta
	edukacja	zakres edukacji udzielonej pacjentowi/rodzinie
	kto odebrał pacjenta / komu przekazano	imię i nazwisko, funkcja, podpis (jeśli dotyczy)

Przekazanie a wypis – różnice

Element	Przekazanie do innego oddziału	Wypis ze szpitala
Cel	kontynuacja leczenia w innej jednostce / oddziale	zakończenie leczenia w naszej placówce
Miejsce	inny oddział lub szpital	dom pacjenta lub inna placówka opieki
Transport	transport wewnętrzny lub międzyoddziałowy	transport do domu lub innym środkiem
Dokumentacja	karta informacyjna, wyniki, zlecenia kontynuacji leczenia	karta informacyjna, wyniki, skierowania, e-recepty
Odpowiedzialność	opieka przejmuje zespół przyjmujący	odpowiedzialność przechodzi na pacjenta/opiekunów
Potwierdzenie	potwierdzenie przyjęcia przez zespół przyjmujący	potwierdzenie odbioru przez pacjenta/opiekuna (jeśli dotyczy)

Przykład wpisu

Data: 28.05.2025 **Godzina:** 11:40

Stan pacjenta: stabiiny, kontakt logiczny, samodzielny w czynnościach podstawowych, RR 128/78 mmHg, tętno 78/min, SpO₂ 97% w powietrzu atmosferycznym, temperatura 36,6°C.

Dokąd przekazano: Oddział Rehabilitacji, Szpital Miejski w Krakowie.

Transport: transport wewnętrzny, opieka pielęgniariska w trakcie transportu.

Dokumenty: karta informacyjna, wyniki badań, zlecenia kontynuacji leczenia.

Zalecenia: kontynuować leczenie zgodnie ze zleceniem lekarza.

Leiki: bez zmian, zgodnie z kartą leczenia.

Edukacja: omówiono plan dalszego leczenia i rehabilitacji.

Komu przekazano: Anna Kowalska, pielęgniarka oddziałowa rehabilitacji.

Potwierdzenie przyjęcia: A. Kowalska – podpis czytelny.

Dobra praktyka

- Zawsze potwierdź miejsce przekazania lub wypisu.
- Upewnij się, że pacjent lub opiekun otrzymał wszystkie dokumenty i zalecenia.
- Sprawdź, czy zlecenia i leki są jasne i zrozumiałe.
- Zapewnij zrozumienie zaleceń – w razie potrzeby przekaż ponownie.
- Uzyskaj potwierdzenie przekazania lub odbioru pacjenta.
- Wpisuj czytelnie, kompletne i zgodnie z rzeczywistym przebiegiem zdarzenia.



MODUŁ 05

Błędy, których należy unikać

W tym module nauczysz się rozpoznawać najczęstsze błędy w dokumentacji, unikać nieprecyzyjnych lub ryzykownych sformułowań, prawidłowo poprawiać błędy, radzić sobie z opóźnionymi i brakującymi wpisami oraz chronić poufność danych pacjenta.

36

Najczęstsze błędy w dokumentacji



37

Zwroty nieprecyzyjne i ryzykowne



38

Poprawianie błędnego wpisu



39

Opóźnione i brakujące wpisy



40

Poufność i dane pacjenta





Najczęstsze błędy w dokumentacji

Błędy w dokumentacji mogą wpływać na bezpieczeństwo pacjenta, ciągłość opieki oraz jasność prawną. Ich unikanie jest kluczowe dla jakości i wiarygodności udzielanych świadczeń.



Najczęstsze błędy

- 1  **Brak chronologii**
Wpisy nielogiczne czasowo, bez określenia godziny zdarzeń lub działań.
- 2  **Ogólne sformułowania**
Używanie nieprecyzyjnych, ogólnych opisów bez konkretów.
- 3  **Brak parametrów**
Pomijanie istotnych danych liczbowych i wyników obserwacji.
- 4  **Brak reakcji pacjenta**
Nieodnotowanie odpowiedzi pacjenta na działanie lub interwencję.
- 5  **Brak informacji o interwencji**
Nieudokumentowanie wykonanych działań i ich celu.
- 6  **Pomijanie zgłoszeń pacjenta**
Niedokumentowanie skarg, objawów czy próśb pacjenta.
- 7  **Brak podpisu / identyfikacji**
Brak podpisu, numeru prawa wykonywania zawodu lub nazwy stanowiska.
- 8  **Kopiowanie bez aktualizacji**
Wklejanie wcześniejszych wpisów bez weryfikacji i dostosowania do aktualnej sytuacji.



Dlaczego to ryzykowne?

- 1  **Utrata ciągłości opieki**
Trudność w odtworzeniu przebiegu zdarzeń i podjętych działań.
- 2  **Niewłaściwa ocena stanu pacjenta**
Nieprecyzyjne informacje mogą prowadzić do błędnych decyzji klinicznych.
- 3  **Brak możliwości oceny skuteczności**
Bez danych liczbowych nie można ocenić postępów ani skutków leczenia.
- 4  **Nieznana odpowiedź pacjenta**
Brak informacji o reakcji utrudnia dalsze planowanie opieki.
- 5  **Brak dowodu wykonania działań**
Może podważać jakość opieki i stanowić ryzyko prawne.
- 6  **Pominięcie ważnych informacji**
Zgłoszenia pacjenta mogą zawierać kluczowe sygnały ostrzegawcze.
- 7  **Brak wiarygodności wpisu**
Wpis niepodpisany lub niepełny jest nieważny prawnie.
- 8  **Nieaktualne lub nieprawdziwe dane**
Może wprowadzać w błąd kolejne osoby i narażać pacjenta.



Jak poprawić praktykę?

- | | | |
|--|--|--|
| ✓ Zapisuj wpisy w kolejności chronologicznej i zawsze podawaj godzinę. | ✓ Używaj dokładnych i konkretnych sformułowań. | ✓ Podawaj wartości liczbowe i jednostki (np. mmHg, % SpO ₂ , mg). |
| ✓ Zawsze notuj reakcję pacjenta na działanie lub leczenie. | ✓ Dokumentuj wykonane interwencje oraz ich cel. | ✓ Dokumentuj wszystkie zgłoszenia pacjenta – nawet jeśli wydają się drobne. |
| ✓ Każdy wpis podpisuj i podawaj swoją identyfikację. | ✓ Aktualizuj wpisy – nie kopiuj bez weryfikacji. | ✓ W razie wątpliwości – dopisz wyjaśnienie lub skonsultuj z zespołem. |



Zwroty nieprecyzyjne i ryzykowne

Ogólne, nieprecyzyjne sformułowania utrudniają ocenę stanu pacjenta, mogą wprowadzać w błąd i zwiększają ryzyko błędów terapeutycznych oraz nieporozumień między zespołami.



Nie pisz tak



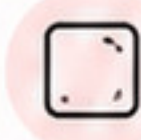
„pacjent dobrze”



„bez zmian”



„rana ładna”



„opatrunek OK”



„wszystko w normie”



„stan średni”



Zapisz precyzyjnie



Pacjent przytomny, kontakt logiczny, współpracuje, zgłasza ból 3/10 w skali NRS.



W porównaniu do dnia 05.05: temperatura 36,7°C (↓ z 37,3°C), tętno 84/min (↓ z 96/min), ból 3/10 (↓ z 6/10).



Rana operacyjna dł. 4 cm, brzegi zbliżone, bez cech zakażenia, niewielkie przekrwienie okołorane, wysięk surowiczy – mała ilość.



Opatrunek gazikowy jałowy, suchy, przylega, zmieniony 06.05 o godz. 08:30.



Parametry w zakresie norm: RR 122/76 mmHg, tętno 78/min, oddechy 16/min, SpO₂ 97% na powietrzu, temp. 36,6°C.



Stan ogólny określam jako średni: osłabienie, mniejszy apetyt, zgłasza ból 5/10, wymaga pomocy przy higienie.



Zasada

Opisuj to, co można zaobserwować, zmierzyć, usłyszeć od pacjenta lub ocenić klinicznie.



zaobserwować



zmierzyć



usłyszeć
od pacjenta



ocenić
klinicznie



Ryzyko

Nieprecyzyjne zapisy mogą prowadzić do:

- błędnych decyzji klinicznych i terapii,
- opóźnień w rozpoznaniu i leczeniu,
- braku ciągłości opieki,
- problemów prawnych i odpowiedzialności zawodowej,
- utrudnionej komunikacji w zespole.



Poprawianie błędnego wpisu

Każda poprawka w dokumentacji musi zapewniać przejrzystość, rzetelność i możliwość odczytania pierwotnej treści.



Zasady ogólne



Nie zamazuj

Nie używaj zakreślaczy, korektorów, ani innych środków maskujących.



Nie usuwaj bez śladu

Błędny wpis pozostaw widoczny i możliwy do odczytania.



Zachowaj czytelność

Poprawka nie może utrudniać odczytania wpisu pierwotnego.



Wpisz datę i godzinę poprawki

Każda poprawka musi mieć datę i godzinę jej dokonania.



Podpisz poprawkę

Poprawkę podpisz imieniem i nazwiskiem oraz funkcją.



Dokumentacja papierowa i elektroniczna



Papierowa

- Przekreśl błąd jedną linią w sposób umożliwiający odczytanie pierwotnego wpisu.
- Nad lub obok wpisz prawidłową treść.
- Dodaj datę, godzinę i podpis.
- Nie wrywaj ani nie zaklejaj stron.



Elektroniczna

- Użyj funkcji „korekta” w systemie (jeśli jest dostępna).
- Wprowadź nową treść zgodnie z procedurą systemu.
- Poprawka powinna być zarejestrowana w historii zmian (audit trail).
- Nie usuwaj oryginalnego wpisu bez śladu.



Jak poprawić prawidłowo?

1

Przekreśl błąd

Jedną linią tak, aby wpis pozostał czytelny.

2

Wpisz poprawną treść

Nad lub obok błędnego wpisu.

3

Dodaj datę i godzinę

Podaj dokładny moment dokonania poprawki.

4

Podpisz się

Imię i nazwisko oraz funkcja (np. pielęgniarka).

5

Kontynuuj dokumentację

Dalej zapisuj informacje w sposób prawidłowy.



Nigdy nie rób



Nie używaj korektora ani zakreślaczy

Zakrywa treść i narusza przejrzystość wpisu.



Nie wymazuj ani nie ścieraj

Nie możesz usuwać treści bez pozostawienia śladu.



Nie dopisuj bez oznaczenia

Każda zmiana musi być jasno oznaczona datą, godziną i podpisem.



Nie podpisuj się za inną osobę

Każdy wpis i poprawka muszą być podpisane przez osobę, która ich dokonała.



Nie usuwaj stron ani wpisów

Nie wolno usuwać lub ukrywać zapisanych informacji.



Opóźnione i brakujące wpisy

Terminowe wpisy zapewniają pełny obraz opieki. Opóźnienia i brakujące wpisy mogą prowadzić do nieporozumień, błędów w leczeniu i konsekwencji prawnych.



Dlaczego to problem?



brak ciągłości

utrudnia ocenę stanu pacjenta i podejmowanie decyzji.



utrata szczegółów

z czasem zapominamy istotne detale dotyczące opieki.



błędy komunikacyjne

inny personel może nie mieć pełnych informacji o stanie i planie opieki.



ryzyko prawne

brak rzetelnej i terminowej dokumentacji może mieć konsekwencje prawne.



Jak postąpić przy wpisie opóźnionym?

1

Zaznacz, że wpis jest opóźniony
wyraźnie określ, że wpis powstaje po czasie rzeczywistym.

2

Podaj rzeczywisty czas zdarzenia
wpisz dokładną godzinę, kiedy zdarzenie, objawy lub działanie miało miejsce.

3

Podaj czas wykonania wpisu
zapisz, o której godzinie dokonujesz wpisu do dokumentacji.

4

Podaj przyczynę opóźnienia
krótco i obiektywnie wyjaśnij przyczynę opóźnienia wpisu (np. sytuacja nagła).

5

Opieraj się na danych obiektywnych
zapisz tylko to, co zaobserwowałeś lub co zostało Ci przekazane potwierdzonymi informacjami.



Brakujący wpis – co zrobić?

- ✓ Zapisz wpis tak szybko, jak to możliwe, stosując zasady opisane powyżej.
- ✓ Dokumentuj zawsze fakty, nie przypuszczenia. Nie uzupełniaj luk własnymi domysłami.
- ✓ Jeśli informacje pochodzą od innego personelu – zaznacz źródło (np. „wg relacji lek. dyżurnego”).
- ✓ Poinformuj przełożonego o sytuacji powtarzających się braków w dokumentacji.
- ✓ Regularnie weryfikuj dokumentację, aby unikać pominięć.



Przykład wpisu opóźnionego

Zdarzenie: wymioty, 1 epizod.

Rzeczywisty czas zdarzenia: 10:15

Czas wykonania wpisu: 12:05

Przyczyna opóźnienia: sytuacja nagła – resuscytacja innego pacjenta.

Opis: pacjent zgłosił nudności, następnie wystąpił 1 epizod wymiotów treścią pokarmową.

Stan po epizodzie: pacjent w dobrym stanie, bez bólu, RR 120/75, P 84/min.

Podano: woda doustnie małymi porcjami.

Podpis: A.K.



Pamiętaj!

Nigdy nie twórz fałszywej chronologii. Zawsze dokumentuj zgodnie z rzeczywistością.

Poufność i dane pacjenta

Poufność i ochrona danych pacjenta to podstawowe elementy bezpiecznej dokumentacji pielęgniarskiej. Zapewniają poszanowanie prywatności pacjenta oraz budują zaufanie i jakość opieki.



1. Co obejmują dane pacjenta?



Dane identyfikacyjne
(np. imię i nazwisko, PESEL, data urodzenia)



Stan zdrowia
(dolegliwości, rozpoznania, alergie)



Wyniki badań
(laboratoryjne, obrazowe, inne)



Zastosowane leczenie
(terapię, leki, procedury)



Informacje o rodzinie/opiekunach
(dane, relacje, sytuacja rodzinna)



Dane kontaktowe
(telefon, adres, e-mail)



2. Zasady ochrony poufności



Dostęp tylko dla osób uprawnionych
(zgodnie z zakresem obowiązków).



Rozmawiaj dyskretnie
o pacjencie – w odpowiednim miejscu.



Zabezpieczaj ekran i dokumenty
przed dostępem osób trzecich.



Nie udostępniaj loginu i hasła.
Korzystaj wyłącznie z własnego konta.



Zapisuj tylko to, co konieczne
do zapewnienia opieki.



Przestrzegaj procedur ochrony danych
obowiązujących w placówce.



3. Sytuacje ryzykowne – unikaj



Rozmowa o pacjencie na korytarzu lub w miejscach publicznych.



Pozostawienie otwartej dokumentacji (papierowej lub elektronicznej).



Zdjęcia dokumentów prywatnym telefonem.



Logowanie na cudzym koncie.



Przekazywanie danych osobom nieuprawnionym.



4. Przykład dobrej praktyki



Pielęgniarka po wejściu do oddziału loguje się na własne konto. Weryfikuje tożsamość pacjenta, zapisuje informacje niezbędne do opieki i zamyka dokumentację po zakończeniu pracy. Rozmawia o pacjencie tylko w pokoju pielęgniarskim.



5. Zapamiętaj



Zawsze zachowuj dyskrecję.



Udostępniaj wyłącznie informacje
niezbędne do opieki nad pacjentem.



Zawsze weryfikuj tożsamość odbiorcy informacji.



Zabezpieczaj dokumenty i dane przed dostępem
osób postronnych.



W przypadku naruszenia poufności – niezwłocznie
poinformuj przełożonego zgodnie z procedurą.



MODUŁ 06



Gotowe modele wpisów

W tym module znajdziesz gotowe modele wpisów do dokumentacji, które pokazują, jak w praktyce tworzyć bezpieczne, czytelne i kompletne zapisy pielęgniarские w typowych sytuacjach klinicznych.

**42**

Model: pacjent stabilny

**43**

Model: pacjent z bólem

**44**

Model: pogorszenie stanu pacjenta

**45**

Model: rana i zmiana opatrunku

**46**

Model: podanie leku i ocena efektu

**47**

Model: ryzyko upadku i działania profilaktyczne

**48**

Model: edukacja i przygotowanie do wypisu

**49**

Checklista dobrego wpisu + podsumowanie

Model: pacjent stabilny

Wpis dotyczący pacjenta stabilnego powinien w zwięzły sposób potwierdzać stan ogólny, parametry życiowe, tolerancję opieki oraz ciągłość leczenia.



1. Kiedy użyć tego modelu?



Rutynowa obserwacja.



Pacjent bez nowych dolegliwości.



Kontrola po nocnej zmianie.



Regularna ocena podczas hospitalizacji.



2. Co warto uwzględnić?

- Stan ogólny.
- Świadomość.
- Parametry życiowe.
- Ból lub jego brak.
- Oddychanie.
- Odżywianie/nawodnienie.
- Wydalanie.
- Tolerancja leczenia.



3. Model wpisu

07.05.2025, godz. 07:00

Pacjent przytomny, w pełnym kontakcie logicznym, zorientowany auto- i allopsychicznie.

Stan ogólny dobry.

Parametry życiowe stabilne: Ciśnienie tętnicze 128/78 mmHg, tętno 76/min, miarowe, oddechy 16/min, temperatura 36,6°C, SpO₂ 98% (powietrze atmosferyczne).

Pacjent nie zgłasza bólu (NRS 0/10), duszności ani innych dolegliwości.

Oddychanie spokojne, szmer pęcherzykowy nad polami płucnymi.

Dieta doustna tolerowana dobrze, apetyt zachowany.

Bilans płynów dodatni, diureza zachowana – oddał mocz 900 ml w ciągu nocy, mocz jasny.

Skóra czysta, sucha, bez zmian odleżynowych.

Leczenie zgodnie ze zleceniami kontynuowane, pacjent toleruje leczenie dobrze.

Stan pacjenta stabilny.



4. Zapamiętaj



Pisz konkretnie.



Podawaj wartości liczbowe.



Unikaj ogólników.



Odnótuj brak dolegliwości.



Uwzględnij reakcję pacjenta.

Model: pacjent z bólem

Dokumentując ból, uwzględnij jego lokalizację, nasilenie, charakter, okoliczności występowania oraz podjęte interwencje i efekt leczenia. Pozwala to na skuteczne monitorowanie stanu pacjenta i planowanie dalszych działań.

Co opisać?	
	Lokalizacja bólu
	Nasilenie w skali NRS
	Charakter bólu
	Czas trwania / okoliczności
	Objawy towarzyszące
	Wpływ na funkcjonowanie

Działania pielęgniarские	
	Ocena bólu (NRS, charakter, lokalizacja, okoliczności).
	Pozycjonowanie dla zmniejszenia bólu i poprawy komfortu.
	Podanie leku przeciwbólowego zgodnie ze zleceniem lekarskim.
	Obserwacja efektu interwencji oraz objawów towarzyszących.
	Ponowna ocena bólu po interwencji (za 30–60 minut).

Model wpisu
Data i godzina: 24.05.2025, godz. 10:30 Ocena bólu: Pacjent zgłasza ból rany pooperacyjnej w okolicy podbrzusza. Nasilenie bólu (NRS): 7/10 Charakter bólu: ostry, kłujący Czas trwania / okoliczności: ból nasila się przy zmianie pozycji i podczas wstawania. Objawy towarzyszące: brak nudności, bez duszności. Parametry życiowe: RR 128/78 mmHg, HR 82/min, SpO₂ 96% (powietrze pokojowe), Temp. 36,7°C. Wpływ na funkcjonowanie: utrudnione poruszanie się, napięcie mięśniowe, pacjent niespokojny. Interwencje pielęgniarские: ułożono pacjenta w pozycji półwysokiej z podparciem, zapewniono odpoczynek. Podanie leku: o godz. 10:35 podano Paracetamol 1 g i.v. zgodnie ze zleceniem lekarskim. Ponowna ocena: o godz. 11:10 (po ok. 35 min) – NRS 3/10. Efekt: ból zmniejszył się do 3/10, pacjent spokojniejszy, lepiej toleruje zmianę pozycji. Dalsze postępowanie: kontynuacja monitorowania bólu i stosowanych interwencji. Podpis: Anna Kowalska, pielęgniarka

Najważniejsze zasady				
				
	Zawsze wpisuj nasilenie bólu w skali NRS.	Dokumentuj czas podania leku oraz efekt jego działania.	Uwzględnij wypowiedź i odczucia pacjenta.	Odnótuj brak poprawy lub nasilenie bólu po interwencji.
				
				Porównaj ocenę bólu z wcześniejszą oceną i obserwuj trendy.

Model: pogorszenie stanu pacjenta

Nagłe lub stopniowe pogorszenie stanu pacjenta wymaga niezwłocznej, jasnej i kompletnej dokumentacji. Wpis powinien opisywać, co się zmieniło w porównaniu do poprzedniego stanu pacjenta.



1. Co powinien zawierać wpis?



Co się zmieniło w porównaniu z poprzednim stanem pacjenta



Dokładna godzina obserwacji i zmian



Objawy i parametry (z wartościami liczbowymi)



Możliwa przyczyna pogorszenia stanu



Podjęte działania pielęgniarские



Informowanie lekarza (kiedy i jak)



Reakcja pacjenta na podjęte działania



2. Sygnały alarmowe

Przykłady sygnałów wymagających natychmiastowej reakcji:



Narastająca duszność



Spadek saturacji (SpO₂)



Ból w klatce piersiowej



Zaburzenia świadomości



Spadek ciśnienia tętniczego



Silny, nagły ból



3. Model wpisu

07.45 – Stan pacjenta uległ pogorszeniu w porównaniu z oceną o godz. 06.00.

Objawy: nasilająca się duszność spoczynkowa, pacjent niespokojny, blady, zgłasza ból w klatce piersiowej o nasileniu 7/10 w skali NRS.

Parametry: SpO₂ 86% (wcześniej 93%), tętno 118/min (wcześniej 82/min), RR 90/60 mmHg (wcześniej 120/70 mmHg), oddechy 26/min (wcześniej 18/min), temperatura 36,6°C (bez zmian).

Możliwa przyczyna: zaostrzenie niewydolności krążeniowo-oddechowej / pogorszenie perfuzji.

Działania: pacjenta ułożono w pozycji półsiedzącej, podano tlen przez maskę 10 l/min. Zapewniono spokój, monitorowano parametry życiowe.

Powiadomienie lekarza: lekarz dyżurny powiadomiony telefonicznie o godz. 07.48, przekazano pełne informacje.

Działania zlecone / wykonane: na zlecenie lekarza wykonano EKG – obraz bez świeżych zmian niedokrwiennych. Podano Furosemid 40 mg i.v. o godz. 07.55.

Reakcja pacjenta: po 20 min. od interwencji poprawa samopoczucia, SpO₂ 92%, tętno 100/min, RR 100/65 mmHg, duszność mniejsza.

Dalsze postępowanie: kontynuuję tlenoterapię, monitoruję parametry, obserwacja stała.



4. Dobra praktyka



Porównuj z poprzednim stanem.



Używaj danych liczbowych (z wartościami).



Wpisz dokładny czas powiadomienia lekarza.



Dokumentuj podjęte działania i odpowiedź pacjenta.



Nie zwlekaj z wpisem – działaj i dokumentuj.

Model: rana i zmiana opatrunku

Wpisy dotyczące rany powinny opisywać jej stan w sposób obiektywny oraz dokładnie dokumentować przebieg zmiany opatrunku. Precyzyjna dokumentacja wspiera ciągłość opieki i ułatwia ocenę efektów leczenia.

 Na co zwrócić uwagę?		 Jak opisać zmianę opatrunku?	
	lokalizacja rany		data i godzina
	wielkość / długość		stan opatrunku przed zmianą
	brzegi		zastosowane materiały
	dno rany		przebieg procedury
	wysięk		tolerancja pacjenta
	zapach		zalecenia obserwacyjne
	okolica rany		
	ból		
	rodzaj opatrunku		


Model wpisu

Data: 24.05.2025 r., godz. 09:30
Lokalizacja rany: podudzie prawe, strona przednio-boczna.
Wielkość rany: 2,5 cm × 1,5 cm, głębokość ok. 0,2 cm.
Brzegi: równe, zbliżone.
Dno rany: ziarnina różowa, wilgotna, bez nalotów.
Wysięk: niewielki, surowiczy.
Zapach: brak.
Okolica rany: skóra wokół lekko zaczerwieniona, nieprzemoczona.
Ból: pacjent zgłaszał ból 2/10 w trakcie oczyszczania, po zabiegu bez dolegliwości.

Zmiana opatrunku wykonana zgodnie z procedurą.
 Stan opatrunku przed zmianą: opatrunek częściowo przesiąknięty niewielką ilością wysięku, bez odklejenia.
 Zastosowane materiały: jałowy roztwór NaCl 0,9% do oczyszczania, gaziki jałowe, opatrunek piankowy 10×10 cm, przyklepiec hypoalergiczny.
 Przebieg procedury: usunięto opatrunek, oceniono ranę, oczyszczono ranę i okolicę, osuszono gazikami jałowymi, założono opatrunek piankowy, zabezpieczono przyklepcem.
 Tolerancja pacjenta: zabieg dobrze tolerowany.
 Zalecenia: obserwacja rany pod kątem wysięku i zaczerwienienia okolicy, kontrola za 48 godzin lub wcześniej w razie nasilenia dolegliwości.
 Podpis: A.K., pielęgniarka

 Unikaj				
				
nie pisz „rana ładna”	nie pomijaj wysięku	nie zapominaj o tolerancji pacjenta	nie pomijaj materiałów/opatrunku	nie opisuj ogólnikowo

Model: podanie leku i ocena efektu

Wpis dotyczący podania leku powinien potwierdzać: co podano, dlaczego, jak, kiedy i z jakim efektem. Kompletny zapis zwiększa bezpieczeństwo pacjenta i ciągłość opieki.



1. Elementy obowiązkowe



nazwa leku



dawka



droga podania



godzina



wskazanie (powód podania)



miejsce podania (jeśli dotyczy)



osoba podająca



2. Ocena po podaniu



skuteczność (poprawa objawów)



czas ponownej oceny



reakcja pacjenta



działania niepożądane



dalsze zalecenia



3. Model wpisu

08.05.2025, godz. 10:15 – Podano **Paracetamol 1 g** doustnie (tabl.), zgodnie ze zleceniem lekarskim z dnia 08.05.2025 r. godz. 09:45.

Wskazanie: ból głowy 6/10 w skali NRS, gorączka 38,3°C.

Podaje: piel. Anna Kowalska.

Ocena efektu: godz. 10:45 – ból głowy 2/10 w skali NRS, temperatura 37,2°C.

Reakcja pacjenta: pacjent zgłasza poprawę samopoczucia.

Działania niepożądane: nie wystąpiły.

Dalsze zalecenia: kontynuować leczenie zgodnie ze zleceniem.

Kolejna ocena za 1 h lub w razie nasilenia dolegliwości.



4. Pamiętaj

- ✓ dokumentuj przyczynę (wskazanie) podania leku
- ✓ zawsze oceń efekt i odnotuj czas ponownej oceny
- ✓ odnotuj brak poprawy – to ważna informacja kliniczna
- ✓ wpisz działania niepożądane, nawet jeśli są łagodne
- ✓ nie używaj skrótów niejasnych dla odbiorcy zapisu

Model: ryzyko upadku i działania profilaktyczne

Wpis powinien dokumentować zarówno ocenę ryzyka upadku pacjenta, jak i podjęte działania profilaktyczne mające na celu zapobieganie upadkom.



Co ocenić?



skala ryzyka (np. Morse)



zaburzenia równowagi



osłabienie



leki zwiększające ryzyko



stan świadomości



pomoce ortopedyczne



wcześniejsze upadki



Działania profilaktyczne



łóżko w niskiej pozycji



hamulce zablokowane



dzwonek w zasięgu



edukacja pacjenta



asekuracja przy pionizacji



obuwie antypoślizgowe



częsta obserwacja



Model wpisu

„Data: 20.05.2025, godz. 08:30. Ocena ryzyka upadku wg skali Morse: 55 pkt – wysokie ryzyko. Zidentyfikowane czynniki ryzyka: zaawansowany wiek (82 l.), zaburzenia równowagi, osłabienie siły mięśniowej, przyjmowane leki hipotensyjne i nasenne, stan po zawale mózgu, korzysta z laski, w przeszłości 1 upadek w ciągu ostatnich 3 miesięcy.

Zastosowane działania profilaktyczne: łóżko ustawione w niskiej pozycji, hamulce zablokowane, dzwonek przy łóżku w zasięgu ręki, przedmioty codziennego użytku w zasięgu, drogi komunikacyjne wolne od przeszkód, oświetlenie zapewnione, obuwie antypoślizgowe założone, asekuracja przy wstawaniu i chodzeniu.

Pacjent poinformowany o ryzyku upadku i zasadach bezpiecznego poruszania się – potwierdza zrozumienie.

Plan monitorowania: obserwacja co najmniej co 2 godziny oraz każdorazowo po zmianie stanu.

Ocena ryzyka będzie aktualizowana codziennie oraz po każdej zmianie stanu zdrowia.”



Zapamiętaj



Dokumentuj konkrety – podaj ocenę, czynniki ryzyka i plan.



Wpisz zastosowane środki profilaktyczne.



Odnótuj edukację pacjenta.



Aktualizuj ocenę ryzyka regularnie.



Reaguj po każdej zmianie stanu pacjenta.

Model: edukacja i przygotowanie do wypisu

Edukacja do wypisu powinna być udokumentowana. W dokumentacji należy odnotować, jakie informacje zostały przekazane, komu oraz czy pacjent (i/lub rodzina/opiekun) zrozumiał zalecenia.



1. Tematy edukacji



leki i dawkowanie



dieta



aktywność



pielęgnacja rany / sprzętu



objawy alarmowe



wizyty kontrolne



gdzie szukać pomocy



2. Co udokumentować?



kto uczestniczył w edukacji



zakres informacji



forma przekazania



materiały edukacyjne



stopień zrozumienia



pytania pacjenta/rodziny



3. Model wpisu

Dnia 20.05.2025 r. o godz. 11:30 przeprowadzono edukację pacjenta w zakresie przygotowania do wypisu do domu. W edukacji uczestniczyli: pacjent Jan Kowalski oraz żona – Anna Kowalska.

Omówiono: leki po wypisie – nazwy, dawkowanie oraz możliwe działania niepożądane; dietę lekkostrawną z ograniczeniem soli; stopniowe zwiększanie aktywności fizycznej (spacery, unikanie przeciążeń); pielęgnację rany pooperacyjnej – utrzymanie w czystości, obserwacja, terminy zmiany opatrunku; objawy alarmowe wymagające pilnego zgłoszenia: gorączka powyżej 38°C, nasilający się ból, zaczerwienienie lub sączenie rany, duszność, ból w klatce piersiowej, obrzęk kończyn; terminy wizyty kontrolnej – 27.05.2025 r. godz. 10:00 w Poradni Chirurgicznej; miejsce uzyskania pomocy w nagłych sytuacjach – SOR.

Przekazano pisemne zalecenia do domu: karta informacyjna leczenia szpitalnego, zalecenia lekarskie oraz ulotka „Objawy alarmowe po operacji”.

Pacjent zadawał pytania dotyczące diety i aktywności. Udzielono wyjaśnień.

Pacjent i rodzina wypowiedzieli kluczowe informacje własnymi słowami. Stopień zrozumienia – dobry.

Wpis sporządzono o godz. 11:45. Podpis: Anna Nowak, pielęgniarka.



4. Dobra praktyka



zapisuj
konkret



odnotuj materiały
i zalecenia



wpisz kto był
obecny



ocień
zrozumienie



dokumentuj
pytania i odpowiedzi

Checklista dobrego wpisu + podsumowanie

Dobry wpis pielęgniarski jest jasny, obiektywny, uporządkowany chronologicznie i użyteczny dla kontynuacji opieki. Poniższa checklista pomoże Ci tworzyć rzetelną i bezpieczną dokumentację każdego dnia.



1. Przed wpisem

- ☐ **Oceń pacjenta**
Przeprowadź obserwację i ocenę jego stanu.
- ☐ **Zbierz fakty**
Zapisuj tylko to, co widzisz, słyszysz i mierzysz.
- ☐ **Sprawdź wcześniejsze wpisy**
Zapoznaj się z historią opieki i planem leczenia.
- ☐ **Przygotuj dane liczbowe**
Mierz, licz i zapisuj wartości z dokładnością.



2. W trakcie wpisu

- ☐ **Podaj godzinę**
Zapisuj dokładną godzinę każdego wpisu.
- ☐ **Opisuj obiektywnie**
Stosuj język faktów, bez ocen i domysłów.
- ☐ **Używaj konkretów**
Podawaj wartości, ilości, lokalizacje, wielkości.
- ☐ **Wpisz działania**
Opisz wykonane czynności i zastosowane interwencje.
- ☐ **Uwzględnij reakcję pacjenta**
Opisz odpowiedź pacjenta na działania.
- ☐ **Zachowaj chronologię**
Układaj wpisy w porządku czasowym.



3. Po wpisie

- ☐ **Sprawdź czytelność**
Upewnij się, że wpis jest czytelny i zrozumiały.
- ☐ **Podpisz się / identyfikuj**
Podaj imię i nazwisko oraz stanowisko.
- ☐ **Upewnij się, że nic nie pominęto**
Zweryfikuj kompletność wpisu.
- ☐ **Chroń poufność**
Nie ujawniaj informacji osobom nieuprawnionym.
- ☐ **Uzupełnij dalszy plan opieki**
Zaplanuj kolejne działania i monitorowanie.



5 złotych zasad

- 1** **Bądź obiektywny**
Zapisuj fakty, nie opinie.
- 2** **Bądź konkretny**
Liczby, wartości i szczegóły mają znaczenie.
- 3** **Bądź chronologiczny**
Zapisuj zgodnie z czasem zdarzeń.
- 4** **Bądź odpowiedzialny**
Twój wpis to dowód profesjonalnej opieki.
- 5** **Bądź pomocny w kontynuacji opieki**
Pisz tak, aby inni mogli bezpiecznie kontynuować leczenie.



Podsumowanie

Rzetelna dokumentacja to nie tylko obowiązek – to **fundament bezpiecznej i skutecznej opieki**.

Każdy wpis ma znaczenie. Dobrze prowadzona dokumentacja wspiera współpracę zespołu, kontynuację leczenia i chroni Ciebie oraz pacjenta.

Stosuj checklistę, przestrzegaj zasad i rozwijaj swoje kompetencje każdego dnia.

Tvoja staranność w dokumentacji to realna pomoc – dziś i w przyszłości.

