**Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy**

****

**Planowanie zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej
opartej na dowodach naukowych
w *Zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej w chorobach demielinizacyjnych***

**Praca zaliczeniowa z praktyki zawodowej**

***……………………………………………………..***

***Imię i nazwisko studenta, nr albumu***

Aneks do Zarządzenia Rektora Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy z dnia 6 maja 2020 roku w sprawie zmian w programie studiów na kierunku pielęgniarstwo, studia II stopnia o profilu praktycznym dotyczących praktyk zawodowych na podstawie art. 51 b ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 poz. 1668 z póżn. zm.) w związku z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 kwietnia 2020 r. zmieniającego Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 581) oraz z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 maja 2020 r. zmieniającego Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu, lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 885), pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 581)

**Legnica, 2020**

**I Studium przypadku** – opis sytuacji zdrowotnej pacjenta

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II Interwencje pielęgniarskie**

* Postać stwardnienia rozsianego *(zaznaczyć X)*
* postać rzutowo-remisyjna
* postać wtórnie postępująca
* postać pierwotnie postępująca
* postać pierwotnie postępująca z rzutami
* inne ………………………………………………………………………………………….
1. **Opieka pielęgniarska nad pacjentem podczas wykonywania badań specjalistycznych**
* wykonanie u pacjenta badań diagnostycznych *(zaznaczyć X)*
* **analiza parametrów płynu mózgowo-rdzeniowego** uzyskanego drogą punkcji lędźwiowej
* tomografia komputerowa
* **rezonans magnetyczny**
* **badania elektrofizjologiczne**
* inne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Białko (g/l)** | **Wskaźnik glukozy (mmol/l)** | **Mleczany (mmol/l)** | **Cytoza (3,2 μl)** | **Cytologia** |
| **Norma** | **< 0,45** | **> 0,4-0,5** | **< 1,0-2,9** | **< 15** | **MNC** |
| *wpisać wartościpm-r pacjenta* | ……………… | ……………… | ……………… | ……………… | ……………… |

* Występowanie objawów zespołu popunkcyjnego *(zaznaczyć X)*
* nie
* tak
* silny ból głowy
* zawroty głowy
* uczucie oszołomienia
* parestezje w obrębie skóry głowy
* zaburzenia widzenia (światłowstręt)
* sztywność karku
* nudności
* wymioty
* bóle pleców
* bóle ramion i kończyn dolnych
* częściowa utrata słuchu porażenia nerwów mózgowych
* charakterystyka objawów
* wystąpiły **w ciągu 24-48 godz. od punkcji**
* nasilają się w ciągu około 15 minut po przyjęciu przez pacjenta pozycji siedzącej lub stojącej i zmniejsza się w ciągu 15 minut po przyjęciu pozycji leżącej
* **wystąpiły po 3-14 dniach**

Tomografia komputerowa/rezonans magnetyczny głowy

Kryteria McDonalda:

* Istnienie jednego ogniska w obrazie rezonansu magnetycznego, które wykazuje wzmocnienie na skutek działania gadoliny lub dziewięciu ognisk, gdy brak wzmocnienia.
* *I*stnienie przynajmniej jednego ogniska podnamiotowego (okolica obejmująca móżdżek i pień mózgu).
* Istnienie przynajmniej jednego ogniska podkorowego.
* Istnienie przynajmniej trzech ognisk okołokomorowego.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* aktualne dolegliwości występujące u pacjenta
	+ charakter i czas trwania objawów chorobowych
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ przebyte choroby
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
	+ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	+ schorzenia występujące u najbliższych członków rodziny
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….
1. **Ocena stanu funkcjonalnego pacjenta**
* ocena stanu świadomości chorego *–* **Ocena pacjenta wg skali Glasgow**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punkty** | **Otwieranie oczu** | **Reakcja słowna** | **Odpowiedź ruchowa** | **Wynik**  |
| 6 |  |  | odpowiednia do poleceń |  |
| 5 |  | pełna orientacja | celowa |  |
| 4 | spontaniczne | mowa chaotyczna | ruch ucieczki na ból |  |
| 3 | na polecenie | mowa niewłaściwa | zgięciowa |  |
| 2 | na bodźce bólowe | niezrozumiałe dźwięki | wyprostna |  |
| 1 | brak  | brak | brak |  |

Liczba punktów uzyskanych w skali Glasgow.................... i interpretacja …………………………………………………………………………………………………………….

* ocena ryzyka wystąpienia odleżyn *–* **Ocena pacjenta wg skali Norton**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czynniki ryzyka** | **4** | **3** | **2** | **1** | **Wynik** |
| 1. **Stan fizykalny**
 | dobry | dość dobry | średni | bardzo ciężki |  |
| 1. **Stan świadomości**
 | pełnia przytomność i świadomość | apatia | zaburzenia świadomości | stupor albo śpiączka |  |
| 1. **Aktywność (zdolność przemieszczania się)**
 | chodzi samodzielnie | chodzi z asystą | porusza się tylko na wózku inwalidzkim | stale pozostaje w łóżku |  |
| 1. **Stopień samodzielności przy zmianie pozycji**
 | pełna | ograniczona | bardzo ograniczona | całkowita niesprawność |  |
| 1. **Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej**
 | pełna sprawność zwieraczy | sporadyczne moczenie się | zazwyczaj nietrzymanie moczu | całkowite nietrzymanie stolca |  |

Liczba punktów uzyskanych w *skali Norton* .................... i interpretacja …………………………………………………………………………………………………………….

* ocena w zakresie samoopieki i samopielęgnacji *–* **Ocena pacjenta wg skali** **Barthel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czynność** | **Wynik** |
| 1. | **Spożywanie posiłków:****0**-nie jest w stanie samodzielnie jeść**5**-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety**10**-samodzielny, niezależny |  |
| 2. | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0**-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu**5**-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)**10**-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna**15**-samodzielny |  |
| 3. | **Utrzymywanie higieny osobistej:****0**-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych**5**-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4. | **Korzystanie z toalety (WC) 0**-zależny**5**-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam**10**-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5. | **Mycie, kąpiel całego ciała:0**-zależny**5**-niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6. | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0**-nie porusza się lub < 50 m**5**-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m**10**-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m**15**-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m |  |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0**-nie jest w stanie**5**-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie**10**-samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie: 0**-zależny**5**-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy**10**-niezleżny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp. |  |

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel ……….............. i interpretacja …………………………………………………………………………………………………………….

1. **Określenie deficytów i problemów pielęgnacyjnych pacjenta** (*zaznaczyć właściwe i opisać):*
* osłabienie mięśni
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* drżenie i ataksja
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* ból przewlekły
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia oddawania moczu
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaparcia
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia psychiczne
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia nastroju
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia funkcji poznawczych
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zespół przewlekłego zmęczenia
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* inne
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
	+ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	+ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
1. **Opieka pielęgniarska nad pacjentem podczas leczenia**
* zakres obserwacji chorego
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..
* działania związane z farmakoterapią
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* działania związane z odżywianiem
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* działania związane z rehabilitacją
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* działania wspierająco-edukacyjne (zapobieganie izolacji społecznej)
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* wykaz materiałów i środków niezbędnych do wykonania zadań
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ocena zrealizowanych działań pielęgniarskich
	+ …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
	+ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………

*podpis studenta*