**Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy**

****

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

**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 Ocena kliniczna pacjenta**

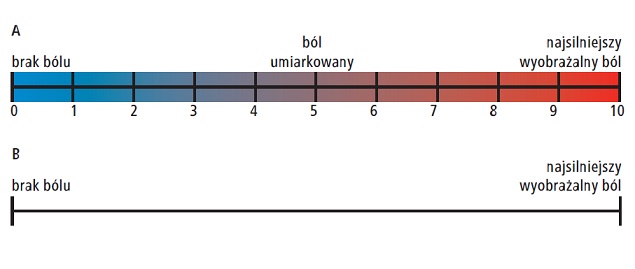
* diagnoza lekarska

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

* wykonane u pacjenta badania diagnostyczne *(zaznaczyć X)*
* morfologia krwi obwodowej
* próby wątrobowe: € ASPAT, € ALAT, € bilirubina, € mocznik, € kreatynina, równowaga jonowa: € sód, € potas, € wapń; € poziom glukozy we krwi
* USG
* tomografia komputerowa
* **rezonans magnetyczny**
* echokardiografia
* pozytonowa tomografia emisyjna (PET)
* scyntygrafia
* inne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* aktualne dolegliwości występujące u pacjenta
* charakter i czas trwania objawów chorobowych
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
  + ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* przebyte choroby
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
  + ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* schorzenia występujące u najbliższych członków rodziny
  + …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….
  + ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* zastosowane metody leczenia
* chemioterapia doustna
* chemioterapia podskórna
* chemioterapia dożylnie
  + kaniula dożylna
  + cewnik centralny
  + port infuzyjny
* chemioterapia dokanałowa
* radioterapia
* zabieg operacyjny
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* przyjmowane leki
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..

**III Określenie deficytów i problemów pielęgnacyjnych pacjenta** (*zaznaczyć właściwe i opisać):*

* uczucie duszności i osłabienia, zawroty głowy i omdlenia oraz uczucie silnego zmęczenia (niedokrwistość)
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* ból
  + umiejscowienie
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + nasilenie – skala numeryczna (NRS)



* + aktualnie: ………………… *punkty*, maksymalnie: ………………… *punkty*
  + charakter bólu (ostry, tępy, pulsujący, piekący lub rozdzierający)
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………
  + jak długo ból się utrzymuje
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..
  + czynniki zmniejszające lub zwiększające ból
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + okoliczności występowania bólu (pora dnia, rodzaj czynności związanych z bólem, skutki wystąpienia bólu w określonych sytuacjach)
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..
  + wpływ bólu na codzienne czynności
  + …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….
* wyniszczenie nowotworowe

€ prekacheksja (utrata masy ciała <5%)

€ kacheksja (ubytek masy ciała >5 % w ciągu ostatnich 6 miesięcy),

€ kacheksja nowotworowa nieodwracalna (niski stan sprawności, przewidywany czas przeżycia <3 miesiące)

* + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zapalenie błony śluzowej jamy ustnej
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia smaku
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* nudności
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* wymioty
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* utrata apetytu
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* osłabienie mięśni
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* częste infekcje, zwłaszcza dróg oddechowych
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* wysoka temperatura ciała
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaparcia
  + …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* zaburzenia psychiczne
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia nastroju
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* uporczywy świąd skóry
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zespół przewlekłego zmęczenia
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* inne
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
  + …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV Działania edukacyjne pielęgniarki** – ***Udziel pacjentowi odpowiedzi na następujące pytania dotyczące procedury przeszczepu szpiku kostnego***

* *Na czym polega cały proces przeszczepu szpiku kostnego?*

*...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Na czym polega przygotowanie do przeszczepu szpiku kostnego?*

*...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Od jakich czynników uzależnione są wyniki leczenia?*

*...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Jakich objawów ubocznych mogę oczekiwać tuż po przeszczepie szpiku kostnego? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*
* *Jakich skutków ubocznych mogę oczekiwać w późniejszym okresie po przeszczepie szpiku kostnego?*

*............................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Jak poważne mogą być objawy uboczne?*

*...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Jak długo będą utrzymywać się objawy uboczne?*

*..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *W jaki sposób mój lekarz będzie radzić sobie z ciężkimi powikłaniami, zwłaszcza choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi?*

*..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* *Jak długo będę żyć po przeszczepie szpiku kostnego?*

*...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* ocena zrealizowanych działań pielęgniarskich
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………

*podpis studenta*