

Przykładowy zakres elementów wywiadu i badania fizykalnego koniecznego do uwzględnienia w dokumentacji porady edukacyjnej w POZ przy wizytach edukacyjnych z elementami monitorowania pacjenta.

WYWIAD						
<b>CEL WIZYTY:</b>						
<b>DOLEGLIWOŚCI:</b> <i>w tym nowo występujący problem zdrowotny</i> .....						
<b>INDYWIDUALNY CEL TERAPEUTYCZNY:</b> .....						
<b>ZALECENIA:</b> .....						
<b>INNE UWAGI:</b> .....						
PODSTAWOWE PARAMETRY ŻYCIOWE I ICH OCENA						
RR ...../ ..... mmHg - ocena: prawidłowe/ nieprawidłowe						
Tętno: liczba uderzeń/ min:..... ocena: miarowy/ niemiarowy, tachykardia/bradykardia						
Glikemia: średnia.....mg/dl lub.....TIR.....lub HbA1c.....ocena: w zakresie/powyżej/poniżej						
Masa ciała ..... Kg; ocena od ostatniego pomiaru: wzrost/spadek/ bez zmian						
BMI ..... ocena: otyłość/nadwaga/prawidłowa masa ciała/ niedowaga						
Obwód talii: ..... cm; ocena w porównaniu do poprzedniego pomiaru: zwiększenie/ zmniejszenie/ brak zmian						
Saturacja:.....% prawidłowa/nieprawidłowa						
STAN PSYCHICZNY						
<b>ŚWIADOMOŚĆ:</b> PEŁNA SENNOŚĆ APATIA						
<b>SEN:</b> PRAWIDŁOWY ZABURZONY TRUDNOŚCI W ZASYPIANIU LEKI NASENNE						
<b>KONTAKT:</b> LOGICZNY NIELOGICZNY WERBALNY NIEWERBALNY BRAK						
<b>MOWA:</b> PRAWIDŁOWA UTRUDNIONA/ NIEWYRAŻNA BRAK						
<b>SPOSTRZEGANIE:</b> PRAWIDŁOWE UTRUDNIONE BRAK						
<b>PAMIĘĆ:</b> ZACHOWANA W PEŁNI UTRUDNIONA BRAK						
<b>NASTRÓJ:</b> WYRÓWNANY ZABURZONY DEPRESJA EUFORIA						
<b>SUBIEKTYWNE SAMOPOCZUCIE:</b> DOBRE DOŚĆ DOBRE ZŁE BARDZO ZŁE NIEMOŻLIWE DO OCENY						
<b>OBAWY/ LĘKI:</b> NIEMOŻLIWE DO OCENY ZWIĄZANE Z CHOROBA ZWIĄZANE Z POWIKŁANIAM ZWIĄZANE Z BÓLEM BRAK INNE .....						
<b>CZYM DLA PACJENTA JEST CHOROBA:</b> NIEMOŻLIWE DO OCENY PRZESZKODA STRATA KORZYŚĆ WARTOŚĆ						
<b>REAKCJA EMOCJONALNA NA CHOROBE:</b> NIEMOŻLIWA DO OCENY PRAWIDŁOWA ROKUJĄCA NEGATYWNA BRAK						
UKŁAD ODDECHOWY						
<b>ODDECH:</b> PRAWIDŁOWY PRZYSPIESZONY ZWOLNIONY SPŁYCONY POGŁĘBIONY STRIDOR TRACHEOSTOMIA TLENOTERAPIA						
<b>KASZEL:</b> SUCHY ŚLIZOWY ROPNY PIENISTY OBFITY SKĄPY BRAK						
<b>PLWOCINA:</b> ... BRAK OBECNA - (jaka?).....						
<b>ODRUCH KASZLOWY:</b> PRAWIDŁOWY UTRUDNIONY BRAK						
<b>DUSZNOŚĆ:</b> SPOCZYNKOWA WYSIŁKOWA NAPADOWA BRAK						
<b>INNE:</b>						
UKŁAD KRAŻENIA						
<b>TĘTNO:</b> PRAWIDŁOWE BRADYKARDIA TACHYKARDIA ZAB. RYTMU SŁABO WYCZUWALNE DOBRZE WYCZUWALNE NITKOWATE						
<b>CIŚNIENIE:</b> PRAWIDŁOWE HIPERTENSJA HIPOTENSJA						
<b>OBRZĘKI:</b> UOGÓLNIONE MIEJSCOWE STAŁE OKRESOWE BRAK						

<b>ŻYŁAKI:</b>	NIE	TAK	<b>UMIEJSCOWIENIE:</b> .....			
<b>OMDLENIA:</b>	TAK	NIE	ROZRUSZNIK SERCA			
<b>TOLERANCJA WYSIŁKU:</b>	ZNACZNIE OGRANICZONA		OGRANICZONA	PEŁNA		
<b>INNE:</b>						
<b>UKŁAD RUCHU</b>						
<b>PORUSZANIE SIĘ:</b>	SAMODZIELNE		OGRANICZONE	Z POMOCĄ		
<b>RUCHOMOŚĆ STAWÓW:</b>	PEŁNA	OGRANICZONA	BRAK	PRZYKURCZE		
<b>POSTAWA CIAŁA:</b>	PRAWIDŁOWA		NIEPRAWIDŁOWA			
<b>SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA:</b>	DOBRA	OGRANICZONA	BARDZO OGRANICZONA			
<b>SIŁA MIĘŚNIOWA:</b>	PRAWIDŁOWA		NIEPRAWIDŁOWA			
<b>ŚRODKI POMOCNICZE:</b>	WÓZEK	BALKONIK	CHODZIK	KULE	LASKA	PROTEZY KOŃCZYN
<b>INNE/ UWAGI:</b>						
<b>POZOSTAŁE ELEMENTY BADAŃ FIZYKALNEGO</b>						
<b>SKÓRA:</b>	BEZ ZMIAN	ZMIANY (JAKIE?) .....	SUCHA	ŚWIĄD	INNE (JAKIE?)	
<b>STOPY:</b>	BEZ ZMIAN	GRZYBICA	NEUROPATIA	OBECNE RANY (GDZIE?).....		INNE (JAKIE?).....
<b>JAMA USTNA:</b>	BEZ ZMIAN		ZMIANY (JAKIE?) ....			
<b>WYPRÓŻNIENIA</b>	REGULARNE		ZAPARCIA	BIEGUNKI	WZDĘCIA	INNE (JAKIE?) .....
<b>INNE/ UWAGI:</b> .....						