**Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy**

****

**Planowanie zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej   
opartej na dowodach naukowych   
w *Opiece onkologicznej***

**Praca zaliczeniowa z praktyki zawodowej**

***……………………………………………………..***

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

**Legnica, 2021**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Zasady zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz nadzoru epidemiologicznego**

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

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

**II Ocena kliniczna pacjenta**

* diagnoza lekarska

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

* określenie stopnia zaawansowania nowotworu *(zaznaczyć X)*

**T** (tumor)

* T0 – brak dowodów na istnienie guza pierwotnego
* Tx – nie można ocenić ogniska pierwotnego
* Tis – rak in situ (taki, który nie mógł spowodować przerzutów)
* T1, € T2, € T3, € T4 – kolejne stopnie rozwoju pierwotnego ogniska nowotworu

**N** (nodules) – obecność lub brak przerzutów do węzłów chłonnych

* Nx – nie można ocenić przerzutów w węzłach chłonnych
* N0 – węzły chłonne bez przerzutów
* N1, € N2, € N3, € N4 – przerzuty do węzłów chłonnych, coraz odleglejszych od guza pierwotnego

**M** (metastases) – obecność lub nieobecność przerzutów odległych

* M0 – brak przerzutów odległych
* Mx – nie można ocenić
* M1, € M2- są przerzuty odległe
* 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**
* 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)
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zapalenie błony śluzowej jamy ustnej
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* utrata apetytu
  + …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* ocena stanu odżywienia pacjenta według jednej ze skal

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

* zaburzenia smaku
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* nudności
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* wymioty
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..

* 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)

* + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* odczyn popromienny

€ twarz, € szyja, € ramiona, € tułów, € kończyny

* stopień nasilenia odczynu popromiennego

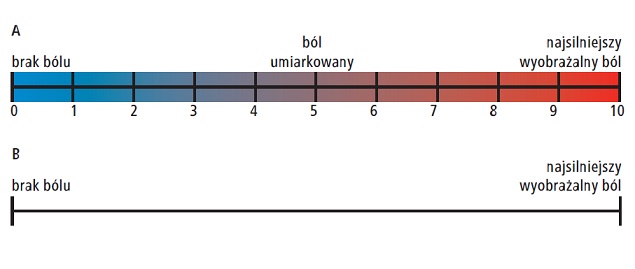
€ I stopień – zaczerwienienie

€ II stopień – złuszczanie na sucho

€ III stopień – złuszczanie na mokro

€ IV stopień – martwica

* + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* ból
  + umiejscowienie
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + natężenie – skala numeryczna (NRS)



* + aktualnie: ………………… punkty, maksymalnie: ………………… punkty
  + charakter bólu (ostry, tępy, pulsujący, piekąc, rozdzierający)
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + 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
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..
* osłabienie mięśni
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaniki mięśni
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia oddawania moczu
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia oddawania stolca (biegunka/zaparcia)
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia nastroju
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia psychiczne
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zaburzenia funkcji poznawczych
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* zespół przewlekłego zmęczenia
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
* inne
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….
  + ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..
  + ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV** **Interwencje pielęgniarskie**

* zakres obserwacji chorego
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..
* działania związane z farmakoterapią
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* działania związane z leczeniem bólu
  + farmakologiczne…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………
  + niefarmakologiczne…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………
* działania związane z odżywianiem
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* działania związane z zapobieganiem zapaleniu jamy ustnej
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….
* wykaz materiałów i środków niezbędnych do wykonania zadań
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* działania edukacyjne – ***Udziel pacjentowi odpowiedzi na pytania dotyczące objawów ubocznych (niepożądanych) chemioterapii:***
* *Jakich objawów ubocznych mogę oczekiwać bezpośrednio po chemioterapii? .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*
* *Jakich objawów ubocznych mogę oczekiwać w późniejszym okresie po chemioterapii?*

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

* *Jak poważne mogą być objawy uboczne?*

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

* *Jak długo będą utrzymywać się objawy uboczne?*

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

* *Czy objawy uboczne ustąpią po zakończeniu leczenia? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*
* *W jaki sposób będę mógł (mogła) radzić sobie z objawami ubocznymi? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*
* *W jaki sposób mój lekarz lub pielęgniarka będą radzić sobie z ubocznymi działaniami chemioterapii?*

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

* *Kiedy należy zawiadomić lekarza lub pielęgniarkę o wystąpieniu objawów ubocznych?*

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

* zakres udzielanego wsparcia
* Informacyjnego
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
  + ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* psychologicznego
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
  + ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* materialnego
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………
  + ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ocena zrealizowanych działań pielęgniarskich
  + …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..
  + ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………

*podpis studenta*