

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2007

Katarína Petřeková

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetřovatelská kasuistika pacientky s dg.

Pertrochanterická fraktura krčku levého femuru

**Nursing case of patient with diagnosis Pertrochanteric fracture of the neck the
left femur**

2006/2007

Katarína Petřeková

Vedoucí práce: PhDr. Horová Hana

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Horové Haně za cenné rady a podněty týkající se mojí závěrečné práce.

Obsah

Úvod.....	5
1. Klinická část.....	6
1.1 Zlomeniny.....	6
1.2 Ischemická cévní mozková příhoda.....	8
2. Identifikační údaje.....	10
3. Lékařská anamnéza.....	10
3.1 Status praesens.....	11
4. Lékařské diagnózy.....	12
5. Stručný průběh hospitalizace.....	12
6. Přehled vyšetření a výsledků.....	12
7. Terapie.....	13
7.1 Farmakoterapie.....	13
7.2 Dietoterapie.....	14
7.3 Fyzioterapie.....	15
8. Ošetrovatelská anamnéza.....	16
8.1 Subjektivní náhled pacientky na hospitalizaci.....	16
8.2 Biologické potřeby.....	16
8.3 Psychosociální potřeby.....	18
9. Ošetrovatelské diagnózy.....	19
10. Plán ošetrovatelské péče.....	19
11. Edukace pacientky a rodiny.....	30
12. Závěr a prognóza.....	31
Seznam použitých zkratk.....	32
Použitá literatura.....	33
Přílohy.....	34

Úvod

Zlomeniny femuru vyžadují specifický přístup od včasné diagnostiky, přes vhodně zvolený implantát podle lokalizace a stupně postižení při operační indikaci, až po operační techniku a taktiku. Svá specifika má také kvalitně vedená dlouhodobá rehabilitace – fyzioterapie a ošetrovatelská péče.

Tyto zlomeniny postihují ve více jak 65 – 70% staré lidi. Ti špatně snášejí imobilizaci na lůžku. Jsou ohroženi vznikem imobilizačního syndromu, do kterého řadíme hypostatickou pneumonii, kardiorepirační selhání a vznik dekubitů. Ošetrovatelskou péčí ztěžují i stařecké změny psychiky na bázi arteriosklerózy.

Na oddělení, na kterém pracuji již šestým rokem, se poměrně často setkáváme s pacienty s tímto druhem zlomenin.

Mortalita seniorů se zlomeninami femuru po provedení aktivního operačního postupu se snižuje na 15%, přičemž klíčová je i komplexní ošetrovatelská péče o pacienty po operacích.

Touto prací chci poukázat na fakt, že i pacienta ve vyšším věku lze kvalitně provedenou péčí dostat zpět do normálního života. Tématem práce je komplexní ošetrovatelská péče o 60-tiletou pacientku po pertrtochanterické fraktuře krčku levého femuru, kde chci rozebrat jednotlivé kroky, které jsme použili při řešení jejich problémů v průběhu hospitalizace.

1. Klinická část

1.1 Zlomeniny

Zlomeninou rozumíme porušení kontinuity kostní tkáně způsobené úrazem nebo onemocněním. K jejímu vzniku je třeba uplatnění mechanických nebo patofyziologických sil. Rozlišujeme proto dvě základní skupiny zlomenin:

- spontánní zlomeniny (patologické), jejichž příčinou jsou strukturální změny kostní tkáně,
- úrazové zlomeniny, vznikající působením mechanického násilí.

Zlomeniny proximálního femuru

Femur- kost stehenní- se skládá z kloubní hlavice, krčku, velkého a malého chocholíku-trochanteru, těla- diafýzy a v části distální z epikondylů a kondylů. Je nejdelší a nejsilnější kosti v našem těle. Její fraktura je závažné poranění, které provází celková odezva organismu.

V souhlase s anatomickou stavbou proximálního femuru můžeme tyto zlomeniny dělit na:

- zlomeniny hlavice- vzácné- méně než 1%, luxační fraktury kyčelního kloubu
- zlomeniny krčku femuru- různá dělení (Garden, Pauwles, extra či intrakapsulární)- asi 45%
- zlomeniny trochanterické- 55%- intertrochanterické a pertrochanterické
- zlomeniny ipsilaterální- fraktura proximálního femuru a jeho diafýzy
- zlomeniny patologické

Ke zlomení dochází přímým i nepřímým účinkem. Přímý účinek- náraz, pád, úder, přejetí- porušení souvislosti kosti v místě, kde působí zevní síla. Nepřímý účinek- přenesený účinek síly (např. při autonehodě), přemrštěným tahem svalstva- porušení kosti na jiném místě, než síla působila.

Příznaky zlomeniny: bolestivost, edém, deformace stehna, zkrácení končetiny, její vyvrácení- většinou zevně, porušení funkce- možnost postavit se na končetinu.

K možným průvodním zraněním patří poranění cév (krevní výron) a nervů.

Diagnostika: anamnéza úrazu, klinické vyšetření- zkrat končetiny, bolest, postavení, RTG- jednoznačné posouzení typu fraktury.

Léčení zlomenin je konzervativní či operační a má tři fáze- repozici, imobilizaci a rehabilitaci. Konzervativní řešení- výhody: odpadají operační rizika včetně rizika z narkózy, nejsou operační jizvy. Nevýhody: dlouhodobá imobilizace, svalové atrofie, možnost zatuhnutí kloubů, zvýšené riziko trombózy a embolie. Chirurgické řešení- výhody: rychlá úprava funkce- anatomicky přesná repozice- stabilní osteosyntéza- primární hojení kosti bez svalku, časná aktivní a bezbolestná mobilizace, spolehlivá stabilizace šetřící cévy- sekundární hojení kosti svalkem. Nevýhody: operační riziko včetně rizika poranění sousedních struktur, nebezpečí infekce, nesnášenlivost cizího materiálu.

Možnosti osteosyntézy:

- dynamický kompresní šroub- DHS
- 130 úhlová dlaha- sama o sobě úlomky nekomprimuje, lze ji doplnit spongiózním šroubem
- alternativně- gama hřeb, PFN hřeb
- u gracilního skeletu lze použít 2-3 jednotlivé spongiózní šrouby

Možnosti alloplastiky:

- TEP- totální náhrada kyčelního kloubu- indikována u biologicky starších pacientů, kde v případě osteosyntézy právem počítáme s komplikacemi. Umožní rychlou mobilizaci pacienta.

- CKP- cerviko kapitální protéza- u velmi starých a polymorbidních nemocných. Implantace CKP je méně zatěžující, ale dlouhodobé výsledky nejsou plně uspokojivé.

Zlomeniny pertrochanterické- pro obnovení správné biomechaniky kyčle je nezbytná korektní repozice. Musí obnovit délku a osu končetiny a napravit zevně rotační úchylku. Pouze stabilní osteosyntéza umožní časnou mobilizaci pacienta, což je u starých lidí kategoričným imperativem. Konzervativní léčení skeletární extenzí je obsoletní a uchylujeme se k němu jen v nouzi (u vysloveně marasmatických pacientů a dočasně někdy u polytraumatizovaného).

Operační léčení

Požadavkům na stabilní osteosyntézu vyhovují nejlépe tři postupy:

- dynamický kompresní šroub (DHS)

- gama hřeb

- PFN hřeb

Zlomeniny proximálního femuru postihují ve více jak 65-70% staré lidi. Špatně snášejí imobilizaci v lůžku. Jsou ohroženi hypostatickou pneumonií, kardiopulmonálním selháním a dekubity. Ošetrovatelskou péčí dále stěžují stařecké změny psychiky na bázi arteriosklerózy.

Léčení extenzí s dlouhodobou imobilizací a hospitalizací mělo úmrtnost 25-30%, aktivní operační postup snižuje mortalitu na méně jak 15%.

(2, 6)

1.2 Ischemická cévní mozková příhoda-

je definována jako rychle se rozvíjející ložiskové i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrti nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévní.

Mortalita na CMP je vysoká, více než 1/3 pacientů umírá do jednoho roku a polovina z těch, kteří přežijí, je významně handicapovaná.

Cévní mozkové příhody vznikají v důsledku poruchy prokrvení části nebo celého mozku (ischémie), krvácením do mozkové tkáně (hemoragie) nebo krvácením do subarachnoidálního prostoru.

Příčiny ischémie mozku jsou lokální – ložiskové (vaskulární, kardiální a hemoragické). Z vaskulárních příčin je nejvýznamnější ateroskleróza, z kardiálních příčin embolizace, která je příčinou 20-35% všech ischemických mozkových příhod a onemocnění hematologického charakteru způsobují nejčastěji hyperkoagulační stavy.

Projevy ischemických cévních mozkových příhod jsou značně variabilní, závisí na lokalizaci hypoxie, jejím rozsahu a rychlosti jejího vzniku. U člověka, který utrpěl cévní mozkovou příhodu, se může objevit ztráta normálního svalového tonusu, která se projeví ztrátou normálních kontrolovaných pohybů. Ztráta možnosti kontrolovaného pohybu omezuje schopnosti člověka provádět každodenní úkony a může to vést k dalším problémům. Svalový tonus může být zvýšený (spasticita nebo hypertonus), naopak snížený (chabost nebo hypotonie), nebo obojí. Pacient po CMP má potíže při polykání (dysfágie), inkontinenci, senzorické problémy – problémy s hmatem, zrakem, sluchem,

čichem, řečí a rovnováhou, psychologické a emocionální problémy – deprese, úzkost, změny nálady, problémy s chápáním – postižení paměti, soustředění a prostorového chápání. Po cévní mozkové příhodě se mohou objevit i sociální problémy – změny ve vztahu mezi nemocným a ostatními členy rodiny, může vést k izolaci i v rámci společnosti.

Diagnostika- výpočetní tomografie, magnetická rezonance, digitální subtrakční angiografie, sonografické vyšetření, nukleární metody, vyšetření likvoru a ostatní diagnostické metody (oční vyšetření, EEG...).

Při léčbě se používá medikamentózní a specializovaná terapie. Z medikamentózní je to antitrombotická terapie – antiagregační a antikoagulační, která zasahuje do mechanismu hemokoagulace. Antiedematózní terapie brání rozvoji mozkového edému. Symptomatická terapie zmírňuje různé subjektivní potíže nemocných a potlačuje nežádoucí projevy CMP.

K specializované terapii řadíme především intenzivní rehabilitaci, reedukaci řeči a psychoterapii. Během celého rehabilitačního programu je nutné předcházet spasticitě . Od počátečního dne paralýzy musíme velkou pozornost věnovat prevenci kontraktur a proleženin pomocí správného polohování a řadou pohybových aktivit, která musí vést k obnovování postižených funkcí.

(4, 5)

2. Identifikační údaje

Jméno: XY

Bydliště: Praha

Věk: 60

Pojišťovna: VZP

Povolání: důchodkyně, dříve pracovala jako pomocná síla v kuchyni

Rodinný stav: vdaná

Osoba, kterou lze kontaktovat: dcera – nechala k dispozici adresu a telefonní číslo

Datum přijetí: 18.12.2006

Důvod přijetí: k další péči a rehabilitaci po pertrochanterické fraktuře krčku levého femuru

Doba ošetřování: 18.12.- 22.12.2006

3. Lékařská anamnéza

RA: Otec zemřel v 48 l. na tumor mozku, matka v 77 l. na IM, má 1 bratra- má bronchiální astma, 6 dětí- potíže neudává.

SA: vdaná, s manželem nežije, žije s dcerou a její rodinou v bytě ve 2. patře bez výtahu. T.č. mají z bytu soudní výpověď. Žádné z 6 dětí nemůže mít zatím matku v domácím ošetřování.

PA: vzdělání základní, pracovala jako pomocná síla v kuchyni, starobní důchodkyně.

GA: 6 porodů, potraty nejuje. Praktická lékařka- Dr. Čapová

OA: běžné dětské nemoci asi 5 let léčená pro vysoký TK, asi 4 roky cukrovka. Léčena- PAD- Siofor, ale dříve aplikovala i inzulín.

AA: negativní

FA: přeložena s medikací- Prestarium, Agen. Vasocardin, Tenaxum, inzulin HMR, NPH- 22 hod., Simvacard, Anopyrin, Famosan, Geratam, Diazepam, Furantoin.

ABUSUS: kouření 20 cigaret denně od mládí, alkohol O, černá káva občas.

NO: pacientka v noci z 19. na 20.9. doma upadla a nemohla vstát. Pomáhala jí rodina. Bezvědomí nejuje, od pádu porucha hybnosti levých končetin. Přijata na interní kliniku 20.9.06 s levostrannou hemiparézou a současně patologické EKG a pozitivní kardio spec. enzymy – IM přední stěny. 20.9. na CT mozku ložisko velikosti 4 cm paraventriculárně

vpravo. Stenokardie či dušnost pacientka neguje. 6.10. přeložená na neurologickou kliniku – středně těžká levostranná hemiparéza, kontrolní CT mozku 16.10. malacie paraventrikulárně vpravo 4x4, 5x6 cm. US karotid zobrazil nástěnný arteriosklerotický plát. Na neurologii postupně rehabilitována – došlo ke zlepšení levostranné hemiparézy. Pacientka chodí v chodítku v doprovodu jedné osoby. Interně pacientka stabilizována, subjektivně neudává bolesti, stenokardie, dušnost, chuť k jídlu je dobrá. Pokračovala v rehabilitaci chůze na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. Dne 6.12. při chůzi v doprovodu rehabilitační sestry se jí podlomila kolena, upadla na levý bok, nevstala, nález na dolní končetině typický pro frakturu krčku stehenní kosti – operována ve svodné anestezii (ortopedická klinika), provedená DHS. Započata rehabilitace, zatím stojí ve vysokém chodítku. 12. pooperační den přeložena k pokračování rehabilitace na LDN. Subjektivně bolesti nemá, hybnost levé dolní končetiny značně omezená.

3.1 Status praesens

Celkový stav: Klidná, orientovaná, spolupracuje, výbavnost snižená, řeč srozumitelná, v podbřišku a pod levou mammou pyodermické eflorescence. Bez známek ikteru, cyanózy a klidové dušnosti, obezita – končetiny štíhlé, teplota – afebrilní.

Hlava: poklepově nebolestivá, frontálně a parietálně drobné krusty. Bulby ve středním postavení volně pohyblivé, zornice izokorické. Fotoreakce pozitivní, spojivky růžové, sklery bílé, jazyk vlhký, plazí lehce doprava. Chrup defektní, hrdlo klidné, uši a nos bez výtoku.

Krk: Šije volná, náplň krčních žil nezvětšená, pulzace na karotidách plus, bez šelestu, štítná žláza a uzliny nezvětšená.

Hrudník: symetrický, axily a mammy bez rezistence.

Plíce: poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové, frekvence 16´

Srdce: akce srdeční klidná, pravidelná, ozvy ohraničené, TK 150/80, puls 78´

Páteř: palpačně ani poklepově nebolestivá

Břicho: v úrovni hrudníku dýchá v celém rozsahu, poklep diferencovaný, bubínkový. Palpačně břicho měkké, nebolestivé, hepar a lien nezvětšený. Zevní genitál bez zjevných odchylek, není zaveden permanentní katétr.

Končetiny: bez otoků a známek flebitídy, pulzace hmatná oboustranně.

Glykemický profil: 18.12.06 večer - 14,9mmol/l - 10j. HMR, 22.00 – 8,4mmol/l - 6j. NPH , 19.12.06 ráno – 9,6mmol/l -14j. HMR, poledne – 11,4mmol/l-12j. HMR

EKG: Závěr – známky ischemie myokardu

RTG: kontrola – zlomenina se hojí v dobrém postavení, DK stejně dlouhé, flexe kyčle 85, rotace naznačená, abdukce 20, periferie teplá, neurologický nález beze změny.

Doporučení nadále chůze, zátěž do bolesti, postupně i plně, pokračovat v rehabilitaci.

7. Terapie

7.1 Farmakoterapie

NÁZEV LÉKU	GENERICKÝ NÁZEV LÉKOVÁ SKUPINA	NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY
Prestarium 4mg 1-0-1 tbl.	<u>Perindoprilum</u> <u>erbuminum</u> ACE inhibitor	pokles TK, dýchací potíže, střevní potíže, kožní vyrážka, svědění, nervové potíže
Agen 10mg 1-0-0 tbl.	<u>Amlodipini besilas</u> blokátor kalciových kanálů antihypertenzivum, vazodilatancium	bolesti hlavy, otoky, slabost, ospalost, pocit na zvracení, bolesti břicha, bušení srdce
Vasocardin 50mg ½-0-½ tbl.	<u>Metoprololi tartrans</u> Antihypertenzivum, beta blokátor	zažívací potíže, únava, slabost, malátnost, závratě, deprese, kožní vyrážka, poruchy zraku, dušnost
Tenaxum 0-0-1 tbl.	<u>Rilmenidini</u> <u>dihydrogenophosphans</u> antihypertenzivum	tělesná slabost, palpitace, nespavost, sucho v ústech, bolest v nadbřišku, průjem, kožní vyrážka
Lorista 50mg 1-0-0 tbl.	<u>Losartanum kalcium</u> antihypertenzivum	výrazný pokles tlaku krvi, bolesti hlavy, průjem, změna chuťového vnímání, svalová

		bolest, kožní vyrážka
Anopyrin 100mg 0-1-0 tbl.	<u>Acidum acetylsalicylicum</u> antiagregační látka	pocit plnosti v žaludku, kožní reakce, průjem, nevolnost s pocitem na zvracení, při dlouhodobé léčbě chudokrevnost
Famosan 20mg 0-0-1 tbl.	<u>Famotidinum antacidum</u> antiulcerózum. H2-antagonista	bolesti hlavy, závratě, sucho v ústech, nevolnost, zácpa, průjem, vzácně křeče, menstruační poruchy
Geratam 1200mg 1-1-0 tbl.	<u>Piracetamum</u> Nootropní léčivo	závatě, zažívací potíže, poruchy imunitního systému, poruchy nervového systému, psychické poruchy
Tramal 50mg 1-0-1 tbl.	<u>Tramadoli hydrochloridum</u> analgetikum	závatě, nevolnost, sucho v ústech, bolesti hlavy, pocení, v ojedinělých případech změny nálady, kožní vyrážky. Při dlouhodobém užívání nelze zcela vyloučit vznik lékové závislosti
Simgal 10mg 0-0-1 tbl.	<u>Simvastatinum</u> látka redukující sérové lipidy	zácpa nebo průjem, plynatost, pálení žáhy, bolesti žaludku, nucení na zvracení, bolesti hlavy, závratě, kožní vyrážky nebo svědění, nespavost

7.2 Dietoterapie

Dieta č.9 – diabetická – je dieta, která je indikována při onemocnění diabetes mellitus. Je nutričně plnohodnotná a pestrá, důležité je správné časové rozložení energetické hodnoty a dávky sacharidů do všech denních dávek. Dieta obsahuje 275g sacharidů/den,

80g bílkovin/den, 75g tuků/den. Celková energetický příjem za den je doporučen 2095 kcal = 8800kJ.

7.3 Fyzioterapie:

- správným polohováním operované končetiny zabránit zevní rotaci,
- posilovat svalstvo dolních končetin, trupové a gluteální svalstvo,
- procvičovat všechny pohyby kolenního a kyčelního kloubu,
- při poloze na boku vkládat mezi dolní končetiny molitan nebo polštář,
- nácvik rovnováhy v sedě a ve stoje,
- rehabilitace pouze do bolesti,
- celkové kondiční cvičení pro udržení dobrého fyzického i duševního stavu

8. Ošetrovatelská anamnéza

8.1 Subjektivní náhled pacientky na hospitalizaci

Pacientka byla přijatá na naše oddělení LDN z důvodu její rekonvalescence. Subjektivně toto umístění hodnotí pacientka jako velice pozitivní krok k jejímu uzdravení. Očekává kvalitní rehabilitační péči, která ji umožní návrat v co nejbližší době do normálního života v sociálním prostředí, na které byla před úrazem zvyklá.

8.2 Biologické potřeby

Bolest

Subjektivně - pacientka občas pociťuje ostrou až bodavou bolest postižené končetiny, hlavně v noci a při zátěži. Udává, že při bolesti jí pomáhá uložení končetiny do úlevové polohy na pravém boku s mírně ohnutou končetinou v koleně podloženou polštářem.

Objektivně – končetina je bez otoků, kůže v oblasti kyčelního kloubu není zarudlá, jizva je klidná, na výrazu a projevu pacientky nejsou vidět známky pociťování bolesti.

Teplota a pohodlí

Leží na pětilůžkovém pokoji u okna. Na teplo nebo chlad se nestěžuje. Na pokoji je udržována stála teplota 24 stupňů. Pokoj je pravidelně větrán.

Dýchání

Auskultačně je čisté, pravidelné a klidné, frekvence je 16 dechů za minutu. Doposud pacientka neudává žádné problémy s dýcháním, při námaze se nezadýchává, nekašle, kouřila od mládí 20 cigaret denně.

Hygienická péče

Hygienu v domácím prostředí zvládala pacientka sama. Doma se sprchovala denně bez pomoci. Po CMP vyžadovala pomoc jiné osoby při hygieně na lůžku. Celková koupel byla vykonávána 1x týdně v koupelně ošetřujícím personálem. Po operaci vyžaduje nadále dopomoc jiné osoby, pacientka zanedbává základní hygienické návyky - působí neupraveným dojmem, vlasy a nehty jsou neupravené.

Kůže

Doma pacientka udává kůži čistou, bez známek opruzeniny, začervenání nebo vyrážky.

Při příjmu na naši kliniku má pacientka pod levým prsem, podbřišku a v tříslech mírnou opruzeninu. Jinak kůže čistá, bez známek macerace, bez zarudnutí, hematomu a vyrážek. Jizva na levé dolní končetině je klidná, hojí se bez problémů, žádné jiné jizvy na těle pacientky nejsou přítomné.

Výživa

Pacientka trpí mírnou nadváhou. Tuk se jí ukládá hlavně v oblasti břicha. Má diabetes 2. typu, kompenzovaný inzulínem. Snaží se dodržovat dietní opatření – vyhýbá se sladkým pokrmům a nápojům. Tělesná výška – 165 cm, hmotnost – 75 kg, BMI- 27,5 (mírná nadváha).

Pacientka má defektní chrup. Z tohoto důvodu si přeje, aby podávaná strava byla mletá. Chrup jí při konzumaci nedělá výraznější potíže, je nebolestivý.

Hydratace

Hydratace je dostatečná, sliznice jsou vlhké, turgor kůže dobrý. Pacientka dodržuje pitní režim, příjem tekutin je dostatečný, 2 – 2,5 l tekutin denně.

Upřednostňuje pití minerálek a neslazeného čaje. Doma příležitostně pila i kávu. Alkoholickým nápojům se vyhýbá.

Vyprazdňování moče

Pacientka udává, že doma byla plně kontinentní. Po CMP už trpěla inkontinencí- byla katetrizována. V současnosti trpí nadále únikem moče- používá plenkové kalhotky 3xdenně. Při močení neudává žádné potíže, bolest ani pálení.

Vyprazdňování stolice

V nemocnici podobně jako v domácím prostředí je plně kontinentní. Při vyprazdňování používá toaletní křeslo, na které je vysazovaná personálem podle potřeby.

Stolice je formovaná, pravidelná 1x denně ráno, při vyprazdňování neudává žádné potíže.

Tělesná aktivita

Doma se pohybovala bez omezení, neužívala žádné kompenzační pomůcky. Po CMP byla započata rehabilitace s cílem obnovení pohybových funkcí, při které došlo k pádu a k fraktuře. Po operaci se pokračuje v rehabilitaci, která byla započata už na ortopedii – zátěž končetiny do bolesti, nácvik stoje ve vysokém chodítku a chůze po pokoji.

Duševní aktivita

Doma si pacientka s oblibou četla knihy a časopisy, ráda luští křížovky, mezi její koníčky patří i ruční práce – pletení. Požádala rodinu, aby jí zabezpečila věci k jejím koníčkům- chce se svým zálibám věnovat i na oddělení.

Spánek a odpočinek

Se spánkem pacientka doma ani v nemocnici problémy nemá. Obvykle spí denně 7-8 hodin, odpoledne nespává. Hypnotika neužívá.

Sexualita- reprodukce

Pacientka je vdaná, s manželem nežije a přítele nemá. Udává 6 dětí.

8.3 Psychosociální potřeby

Potřeba lásky a sounáležitostí

Má vytvořený pevný vztah se svým nejbližším okolím, se svou rodinou. Má 6 dětí, vnoučata i pravnoučata, žádné z dětí si zatím nemůže vzít matku do domácího ošetřování, ale pacientka věří, že se to v blízké době změní. Těší se na každou jejich návštěvu, která jí pomáhá udržovat dobrou náladu.

Je vdaná, má manžela, se kterým se nestýká. Toto téma si nepřála více rozebírat.

Potřeba bezpečí a jistoty

Adaptace pacientky na nemocniční prostředí proběhla rychle a bez komplikací. Obavy, které má, jsou ohledně návratu zpátky do domácího prostředí z důvodu soudní výpovědi z nájmu bytu.

Potřeba sebeúcty a seberealizace

Pacientka je se svým životem spokojena, vnitřně je vyrovnaná, touží po pozornosti rodiny, hlavně vnoučat, pro které ráda plete oblečení. Věří, že se po zlepšení stavu vrátí domů a bude pokračovat v dosavadním způsobu života.

9. Ošetrovatelské diagnózy

1. Bolest v souvislosti se základním onemocněním – 18.12.2006
2. Riziko dekompenzace diabetu v souvislosti s dietní chybou – 18.12.2006
3. Opruzenina z důvodu špatné osobní hygieny – 18.12.2006
4. Riziko pádu z důvodu snížené soběstačnosti a pohyblivosti – 18.12.2006
5. Snížená soběstačnost při oblékání i celkové osobní péči v důsledku základního onemocnění – 18.12.2006
6. Omezená pohyblivost v souvislosti se základním onemocněním – 18.12.2006
7. Riziko dehydratace z důvodu snížené soběstačnosti – 18.12.2006
8. Riziko vzniku dekubitu z důvodu snížené pohyblivosti – 18.12.2006
9. Riziko vzniku zácpy v souvislosti se snížením tělesné aktivity – 19.12.2006
10. Riziko vzniku respirační infekce v souvislosti se snížením tělesné aktivity – 20.12.2006
11. Strach v souvislosti s možnou ztrátou bydlení – 21.12.2006
12. Riziko sociální izolace v souvislosti s hospitalizací – 21.12.2006
13. Potencionální porucha příjmu potravy v souvislosti s defektním chrupem – 21.12.2006
14. Riziko vzestupu tlaku krve v souvislosti s hypertenzí – 21.12.2006

10. Plán ošetrovatelské péče

1. Bolest v souvislosti se základním onemocněním

Cíl: Zmírnění intenzity bolesti z úrovně 3 na 0 podle Melzakovy škály bolesti (0-10)

Plán:

- vést s pacientkou rozhovor o její bolesti
- zabezpečit úlevovou polohu
- o bolesti informovat lékaře
- dle ordinace podávat analgetika
- sledování a záznam bolesti

Realizace:

S pacientkou byl veden uklidňující rozhovor, přičemž uvedla, co jí bolest způsobuje a jaká poloha je pro ni úlevová. Je to poloha na pravém boku s mírně ohnutou končetinou v koleně, podloženou polštářem. Tuto polohu pacientka zaujala s pomocí sestry. Snažila se spolupracovat s personálem.

Dle ordinace ošetřujícího lékaře, který byl o bolesti informován, byla podávána analgetická léčba (Tramal 50mg 1 tbl. ráno a večer). Bolest a její intenzita byla pravidelně sledována a zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn. Bolest se nám podařilo v plném rozsahu zmírnit v průběhu 2 dnů. Nebylo potřebné v léčbě upravovat druh, sílu ani frekvenci podávaných analgetik.

2. Riziko dekompenzace diabetu v souvislosti s dietní chybou

Cíl: Udržet kompenzaci diabetu

Plán:

- edukace pacientky i jeho rodiny ve smyslu předejít dekompenzaci diabetu
- získat pacientku a rodinu ke spolupráci
- poučit pacientku o diabetu, vysvětlení možných komplikací
- vysvětlit důležitost dodržování léčebného a dietního režimu
- zabezpečit pacientce a její rodině dostatek informací o nemoci
- vysvětlit pacientce změnu životního stylu a vyzvat jí k zodpovědnosti
- naučit jí aplikaci inzulínu a selfmonitoringu
-
- sledování a záznam glykemického profilu dle ordinace lékaře

Realizace:

S pacientkou a její rodinou byl veden jak individuální tak skupinový rozhovor. Jsou obeznámeny s nemocí a možnými komplikacemi při nedodržování léčebného a dietního režimu, o riziku vzniku hypoglykémie nebo hyperglykémie a o jejich projevech.

K dispozici jim byl poskytnut edukační materiál. Pacientka je postupně vedena k samostatné aplikaci inzulínu a k selfmonitoringu. Všichni jsou obeznámeni o závažnosti této nemoci a vyzváni k zodpovědnosti. Po celou dobu hospitalizace je s pacientkou a její rodinou dobrá spolupráce. V průběhu hospitalizace se prováděl dvakrát glykemický profil, který byl v mezích normy, je zaznamenán v dokumentaci.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn. U pacientky nedošlo k dekompenzaci onemocnění, pacientka zvládla samostatnou aplikaci inzulínu, o komplikacích byla poučena a dodržovala striktně léčebný a dietní režim.

3. Opruzenina z důvodu špatné osobní hygieny.

Cíl: Zhojení opruzeniny do jednoho týdne.

Plán:

- dodržování důsledné hygieny
- podání informace o opruzenině lékaři
- aplikace masti dle ordinace lékaře
- aplikace ochranných past na riziková místa
- sledování a záznam do ošetřovatelské dokumentace

Realizace:

Každý den je prováděná důsledná hygienická péče na lůžku se zaměřením na riziková místa, jednou týdně probíhá celková koupel. Riziková místa jsou po očištění důsledně osušována a ošetřována ochrannou pastou. Na opruzené místa je aplikovaná Menalind pasta dle ordinace lékaře. Průběh hojení opruzeniny je denně zaznamenáván do ošetřovatelské dokumentace.

Vyhodnocení:

Cíl byl částečně splněn, stav opruzeniny se zlepšuje, v plánu je potřeba pokračovat a riziková místa nadále ošetřovat ochrannými mastmi.

4. Riziko pádu z důvodu snížené soběstačnosti a pohyblivosti.

Cíl: Zabezpečení pacientky proti pádu.

Plán:

- zabezpečit signalizaci pro přivolání sestry
- snížit lůžko na přijatelnou výšku pro pacientku
- z jedné strany zabezpečit lůžko zábranou
- všechny potřebné věci dát na dosah pacientky
- vybavit lůžko pomůckami usnadňujícími pohyb
- vysvětlit zásady bezpečnosti při sebaobsluze
- pravidelně pacientku kontrolovat

Realizace:

Lůžko pacientky je sníženo na přijatelnou výšku, z jedné strany zabezpečeno bočnicí. Zkontrolovali jsme funkčnost signalizace, která je v dosahu pacientky společně s ostatními věcmi denní potřeby. U pacientky je k dispozici řebříček a hrazdička, které jí usnadňují pohyb na lůžku. Pacientka je poučená o bezpečnosti, vyzvaná k používání signalizace v případě potřeby. Ošetřující personál pacientku pravidelně kontroluje.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka neupadla.

5. Snížená soběstačnost při oblékání i celkové osobní péči v důsledků základního onemocnění

Cíl: Docílit úplnou soběstačnost pacientky při oblékání a celkové osobní péči

Plánování:

- zjistit stupeň soběstačnosti
- zajistit asistenci a pomoc při zvládnání běžných denních činností
- snaha docílit u pacientky aktivního řešení problému
- zajistit rehabilitaci a ergoterapii

- vyzvat ke spolupráci rodinu
- zaznamenávat změny v soběstačnosti

Realizace:

Na základě testu dle Barthela je zjištěn střední stupeň závislosti, pacientce je zajišťovaná pomoc při oblékání a celkové osobní péči. Po domluvě s lékařem byl kontaktován ergoterapeut, který s pacientkou procvičuje kroky potřebné pro tuto činnost. V odpoledních hodinách tyto kroky procvičuje rodina, která byla s nimi také obeznámena. Každý pokrok v soběstačnosti je zaznamenáván v dokumentaci a pacientka je nadále motivovaná k pokračování nácviku.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně, u pacientky došlo k zlepšení soběstačnosti, v plánu je nutno pokračovat nadále.

6. Omezená pohyblivost v souvislosti se základním onemocněním

Cíl: Zlepšit pohyblivost.

Plán:

- informovat rehabilitační pracovníky
- podněcovat pacientku k aktivizaci
- vytvořit podmínky k zlepšení pohyblivosti
- použití kompenzačních pomůcek
- vyzvání rodiny ke spolupráci
- sledování a záznam hybnosti

Realizace:

Po přijetí pacientky na kliniku je kontaktován rehabilitační pracovník, který s pacientkou započal rehabilitační cvičení 2 x denně, ukázal jí za přítomnosti sestry cviky, které může provádět i sama. Sestra pacientku vyzývá v průběhu dne k samostatnému procvičování cviků na lůžku. Na zlepšení pohybu na lůžku jsou

pacientce k dispozici hrazda a žebříček. Ke spolupráci byla vyzvána také rodina, která je obeznána s cviky, která může pacientka provádět sama. Stav hybnosti jako i rehabilitační péče je zaznamenávána rehabilitačním pracovníkem do dokumentace.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn, hybnost pacientky se výrazně zlepšila, v současnosti zvládá s pomocí stoj ve vysokém chodítku a chůzi po pokoji a po chodbě. V plánu je potřebné nadále pokračovat.

7. Riziko dehydratace z důvodu snížené soběstačnosti

Cíl: Zabránění vzniku dehydratace

Plán:

- sledovat bilanci tekutin a vést záznam
- dodržovat pitný režim
- sledovat stav kůže a sliznic
- zabezpečit pacientce dostatek tekutin v jejím dosahu
- vyzvat rodinu ke spolupráci při zabezpečení tekutin

Realizace:

U pacientky je sledována a zaznamenávána bilance tekutin. Je dodržovaný pitný režim, pacientka vypije 2 – 2,5l tekutin denně. Její rodina byla vyzvána ke spolupráci, po domluvě s personálem jí nosí oblíbené a vhodné nápoje (neperlivé minerálky a ovocné neslazené čaje) do zásoby. Tekutiny jsou pacientce podávány v průběhu dne a jsou umístěny v dosahu pacientky. Po celou dobu hospitalizace je průběžně sledován stav kůže a sliznic.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn, k dehydrataci nedošlo, turgor kůže je dobrý, sliznice vlhké.

8. Riziko vzniku dekubitu v souvislosti se sníženou pohyblivostí.

Cíl: Zabránit vzniku dekubitu.

Plán:

- důsledná hygienická péče
- sledování stavu kůže
- promazávání predilekčních míst
- používání antidekubitních pomůcek
- vyzývat pacientku k aktivizaci

Realizace:

Každý den je prováděná důsledná hygienická péče na lůžku se zaměřením na predilekční místa. Kůže je po omytí důsledně osušována a promazávána mastmi. U pacientky používáme antidekubitní matraci pasivní a antidekubitní podložky pod paty. Dohlíží se na pravidelnou změnu polohy. Pacientka je vyzývána k aktivizaci, jsou ji poskytnuta kompenzační pomůcky – hrazda a žebříček.

Vyhodnocení:

Cíl se nám podařilo splnit, k vzniku dekubitu nedošlo.

9. Riziko vzniku zácpy v souvislosti se sníženou pohyblivostí.

Cíl: Zabezpečit pravidelné vyprazdňování stolice.

Plán:

- sledovat a zaznamenávat vyprazdňování stolice
- vyzývat pacientku k aktivizaci
- vytvořit optimální podmínky k vyprazdňování
- zabezpečit vhodně složenou stravu a dostatek tekutin
- při problémech informovat lékaře
- nácvik defekačního reflexu a podávání projímadel

Realizace:

U pacientky je pravidelně sledováno a zaznamenáváno vyprazdňování stolice. Je poučena, že při každém nucení na stolicí má zavolat ošetřující personál, který jí pomůže při přesunu na toaletní křeslo. Jsou jí vytvořeny vhodné podmínky s důrazem na zohledňování soukromí. Dbá se na dodržování pitného režimu a vhodné složení stravy bohaté na vlákninu. Pacientka je vyzývaná k aktivizaci i mimo rehabilitaci.

Vyhodnocení:

Cíl se nám podařilo splnit. K vzniku zácpy doposud nedošlo, vyprazdňování je pravidelné, bez potíží.

10. Riziko vzniku respirační infekce v souvislosti se snížením tělesné aktivity

Cíl: předejít vzniku respirační infekce

Plán:

- vést s pacientkou motivační rozhovor
- včasná rehabilitace
- dostatečná hydratace
- uložení do zvýšené polohy
- dechové cvičení
- zvlhčování vzduchu
- větrání pokoje

Realizace:

S pacientkou je co nejdříve započatá rehabilitace, jsou jí ukázány a vysvětleny cviky včetně dechového cvičení, které si může procvičovat samostatně na lůžku. Motivačním rozhovorem jí je vysvětlen význam těchto rehabilitačních cvičení. Dohlíží se na pitný režim a pravidelné větrání pokoje. Dle potřeby je vzduch v pokoji zvlhčován. Lůžko je upraveno tak, aby poloha pacientky vleže byla mírně zvýšená.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn, k vzniku respirační infekce ani jiných dechových potíží nedošlo.

11. Strach v souvislosti s možnou ztrátou bydlení

Cíl: Zmírnění strachu na minimální možnou úroveň

Plán:

- vést s pacientkou cílený rozhovor, stanovit přesnou příčinu strachu
- sledovat verbální i neverbální projevy
- určit do jaké míry pacientka strach ovládá
- zjistit účast rodiny a blízkých přátel pacientky na jejím stavu
- uklidnit pacientku
- zkontrolovat ordinovanou medikaci, jak jí pacientka užívá a jak na ní působí

Realizace:

S pacientkou je vedený rozhovor za přítomnosti sociálního pracovníka a rodinných příslušníků. Problém je specifikován a sociálním pracovníkem je navrženo jeho přijatelné řešení, které akceptuje jako pacientka tak i rodina. Pacientka se zklidnila, je to zjevné na jejích neverbálních projevech (usměv). Medikace je zkontrolována jak lékařem tak i sestrou. Negativní účinek léků je vyloučen.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn, strach pacientky byl minimalizován.

12. Riziko sociální izolace v souvislosti s hospitalizací

Cíl: Předějit vzniku sociální izolace a získat pacientku k plné spolupráci.

Plán:

- snažit se vytvořit co nejlepší léčebně ošetrovatelský vztah k pacientce
- zapojit do léčby pacientku, rodinu i přátele
- sblížit pacienta s jinými pacienty se stejným problémem
- umožnit osobní a telefonický kontakt s rodinou a přáteli
- realizace zájmových aktivit

Realizace:

Po přijetí je pacientka umístěná na pokoj, kde leží pacienti s podobným nebo stejným problémem. U sebe má mobilní telefon, který jí umožňuje kontakt s rodinou a přáteli. Návštěvní hodiny jsou každý den od 14.00 do 19.00 hodin. Tento čas využívá rodina pacientky k návštěvám skoro denně. Pacientka má dostatečný kontakt s rodinou. Do léčebného režimu je zapojena nejenom pacientka ale i její rodina, která jí nosí věci, který jí umožňuje věnovat se svým zájmům na oddělení.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn, k sociální izolaci u pacientky nedošlo.

13. Potencionální porucha příjmu potravy v souvislosti s defektním chrupem.

Cíl: Zabezpečit vhodně upravenou a plnohodnotnou stravu.

Plán:

- vést s pacientkou rozhovor o vhodné úpravě stravy
- zajistit mechanicky upravenou stravu
- sledovat stav chrupu, případnou bolestivost
- při problémech informovat lékaře a stomatologa
- vyzvat ke spolupráci i rodinu při zabezpečování vhodně upravené stravy

Realizace:

Po rozhovoru a domluvě s pacientkou a dle ordinace lékaře je objednána dieta číslo 9, která je mechanicky upravovaná. Stav chrupu a případnou bolestivost sledujeme průběžně při podávání stravy. S rodinou byl veden rozhovor o vhodných pokrmech pro jejich příbuznou, sami jí nosí oblíbená jídla v pro ní přijatelné konzistenci.

Vyhodnocení:

K poruše příjmu potravy nedošlo, nebylo nutné kontaktovat lékaře ani stomatologa, v plánu je ovšem nutno pokračovat nadále a stav chrupu sledovat.

14. Riziko vzestupu tlaku krve v souvislosti s hypertenzí

Cíl: Předcházet vzestupu tlaku krve

Plán:

- vést s pacientkou o možném problému rozhovor
- vysvětlit jeho možnou příčinu
- pravidelné měření a zaznamenávání tlaku krve a pulsu
- kontrola bezpečnosti pacientky
- dohled na požití léku

Realizace:

Pacientce jsou vysvětleny rizika vzniku tohoto problému, je upozorněna na okolnosti, při kterých může dojít k vzestupu tlaku krve (rozčilení, zvýšená fyzická námaha, nežití léku). Hodnoty tlaku a pulsu jsou pravidelně sledovány a zaznamenávány do chorobopisu. Okolí postele je zabezpečeno tak, aby nedošlo k zranění pacientky pokud se tyto příznaky objeví. Při podávání léků se klade důraz na užití před sestrou. Podání léků se zaznamenává do dokumentace.

Vyhodnocení:

Cíl se nám podařilo splnit, projevy hypertenze se neobjevily, v plánu je nutné nadále pokračovat.

11. Edukace pacientky a rodiny

Téma: Prevence pádu s následným poraněním - zlomeniny

1. používání bezpečné obuvi – pevná obuv, protiskluzová podrážka
2. používání kompenzačních pomůcek (holí, berel, chodítka)
3. dostatečné osvětlení při činnosti večer a v noci (vhodné je orientační osvětlení v bytě)
4. nebezpečí pádu při používání podlahových textilií (kobereců, rohožek)
5. dostatečná hydratace (optimálně 1,5 – 2 l tekutin denně)
6. pravidelné užívání léků na hypertenzi
7. pomalé vstávání z polohy v leže a sedu – vždy s použitím opory (jiné osoby, hrazdy, řebříčku a jiných)
8. v stravě preferování mléčných výrobků a jiných pokrmů s vyšším obsahem vápníku (vhodné tvarohy, jogurty, mléko – neslazené u diabetiků, nedoporučovat u alergiků na mléčné výrobky nebo s intolerancí)
9. kontaktování lékaře, užívání doplňků stravy dle jeho doporučení (kalciové preparáty – šumivé tablety)
10. dostatečná pohybová aktivita vhodná k možnostem a věku pacientky (procházky, cvičení na lůžku)

12. Závěr a prognóza

U pacientky se jedná o opakovanou hospitalizaci a naše zkušenosti s její spoluprací jsou velice pozitivní. Můžeme tedy předpokládat dobrou spolupráci při její rekonvalescenci i nadále.

Nutná je hlavně kvalitní rehabilitace se zaměřením na posilování svalstva, hlavně dolních končetin a svalstvo trupu, které je značně ochabnuté. Budeme tedy pokračovat v rehabilitaci započaté již na ortopedii, přičemž je pacientka zatím schopna stoje ve vysokém chodítku. V průběhu hospitalizace budeme řešit její problémy zjištěné z anamnézy dle naléhavosti. Pokud se nám podaří problémy eliminovat, je prognóza pacientky velice dobrá a může se tedy výhledově vrátit do svého sociálního prostředí.

Seznam použitých zkratek

- AA – alergologická anamnéza
- ACI – arterie carotis interna
- AIM – akutní infarkt myokardu
- BMI – body mass index
- CKP – cerviko kapitální protéza
- CMP – cévní mozková příhoda
- DHS – dynamický kompresní šroub
- DK – dolní končetina
- EEG – elektroencefalografie
- FA – farmaceutická anamnéza
- GA – gynekologická anamnéza
- LDN – léčebna dlouhodobě nemocných
- NO – nynější onemocnění
- OA – osobní anamnéza
- PA – pracovní anamnéza
- PFN hřeb – proximální femurální hřeb
- RA – rodinná anamnéza
- SA – sociální anamnéza
- tbl. - tablety
- T.č. – tohoto času
- TEP – totální náhrada kyčelního kloubu
- TK – tlak krve

Použitá literatura

1. Hromádková, J. a kol. Fyzioterapie. Praha: H H Vyšehradská s.r.o., 2002. ISBN 80 – 86022 – 45 – 5.
2. Zeman, M. a kol. Chirurgická propedeutika. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80 – 7169 – 705 – 2.
3. Doenges, Marilyn E., Moorhouse, Mary Frances. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80 – 7169 – 294 – 8.
4. Nevšímalová, S. a kol. Neurologie. Praha: Galén, 2002. ISBN 80 – 7262 – 160 – 2
5. World Health Organization. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80 - 247 – 0592 – 3.
6. Pokorný, V. a kol. Traumatologie. Praha: Triton, 2002. ISBN 80 – 7254 – 277 – X.

Internet:

www.instrumentarky.cz

www.sweb.cz

Ostatní zdroje:

lékařská a ošetrovatelská dokumentace

pacientka- rozhovor

- pozorování

rodina

ošetrovatelský tým

Příloha č.1

Barthelův test všedních činností

Položka	hodnocení	počet bodů
1. Najedení, napití	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Chůze po schodech	sám	10
	s pomocí	5
	nelze	0
9. Přesun lůžko-židle	sám	15
	s malou pomocí	10
	ev. vozík s dopomocí, vydrží sedět	5
	nelze	0
10. Chůze po rovině	nad 50m	15
	s pomocí	10
	na vozíku	5
	nelze	0

Hodnocení:

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

45 - 60 bodů závislý

nad 60 bodů závislost lehčího stupně

Příloha č.2

Posouzení rizika pádu, vzniku dekubitů a posouzení bolesti

12. POSOUZENÍ RIZIKA VZNIKU PÁDU

AKTIVITA:	SKÓRE:	AKTIVITA	SKÓRE:
Neomezený pohyb	0	Žádné smyslové poruchy	0
Při pohybu používá pomůcky	1	Smyslový deficit, vizuální/sluchový:	1
Potřebuje pomoc při pohybu	1	Mentální status – orientován	0
Neschopen přesunu	1	Občasná/noční desorientace	1
Nevyžaduje pomoc při vyprazdňování	0	Desorientace/demence	1
V anamnéze nikturie/ inkontinence	1	Věk 18 – 75 let	0
Vyžaduje pomoc při vyprazdňování	1	Věk 75 let a výše	1
Neužívá rizikové léky	0	Pád v anamnéze	1
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky, benzodiazepiny.	1	Celkové skóre:	5

Při skóre vyšším jak 3 jsou preventivní opatření vzniku pádu nutná!

12. POSOUZENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ									
Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
plná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	v pořádku 4	chodí bez pomoci 4	plná 4	žádná 4	
malá 3	<30 3	šupinatá, suchá 3	Lehká forma 3	obstojný 3	apatický, bez účasti 3	chodí s pomoci 3	lehce omezená 3	někdy 3	
částečná 2	<60 2	vlhká 2	středně těžká forma 2	špatný 2	pomatený 2	potřebuje inval. vozík 2	velmi omezená 2	většinou moč 2	
žádná 1	>60 1	rány/alergie 1	Těžká forma 1	velmi špatný 1	v bezvědomí 1	ležící na lůžku 1	plně omezená 1	moč i stolice 1	

Riziko vzniku dekubitů:
 Nízke (25 – 24 bodů)
 Střední (23 – 19 bodů)
 Vysoké (18 – 14 bodů)
 Velmi vysoké (13 – 9 bodů)

Bolest:
 ne, ano:

Lokalizace

intenzita

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Příloha č.3



- | | | | |
|----|--------------------|----|------------------|
| 1. | DHS | 5. | Gama hřeb |
| 2. | Enderův prut | 6. | kondylární dlaha |
| 3. | femorální hřeb | 7. | CKP |
| 4. | rekonstrukční hřeb | | |