

DOKUMENTACJA DO PROCESU PIELEGNOWANIA Z PRZEDMIOTU
NEUROLOGIA I PIELEGNIASTWO NEUROLOGICZNE

Praktyka zawodowa z Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne

Studia stacjonarne

Autor programu: mgr Anna Mlostek

Liczba godzin: 80 godzin, 2 tydzień

Czas realizacji: III rok; V semestr, semestralna

Miejsce zajęć: oddział neurologiczny

1. Cel praktyki:

Opanowanie przez studentów wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych z zakresu neurologii oraz pielęgnowania pacjenta w schorzeniach neurologicznych w warunkach hospitalizacji i w warunkach domowych

2. Umiejętności- w wyniku kształcenia student opanuje efekty uczenia się w dziedzinie umiejętności i kompetencji społecznych

W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI	
Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarstwa, ustala cele i plan opieki pielęgniarstwa, wdraża interwencje pielęgniarstwa oraz dokonuje ewaluacji opieki pielęgniarstwa	D.U01
Prowadzi profilaktykę powikłań występujących w przebiegu chorób	D.U03
organizować izolację pacjentów z chorobą zakaźną w miejscach publicznych i w warunkach domowych	D.U04
przygotowywać pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych	D.U12
Wystawia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych	D.U13
Dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian oraz realizowaną opiekę pielęgniarstwa, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych	D.U15
Uczy pacjenta i jego opiekuna doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych	D.U16
Rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego	D.U18
Prowadzi rozmowę terapeutyczną	D.U20
Przekazuje informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta	D.U22
Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych	D.U23
Przygotowuje i podaje pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza	D.U26
W DZIEDZINIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH	
Kieruje się dobrem pacjenta, poszanowania godności i autonomii osób powierzonych opiece, okazuje zrozumienie dla różnic	K01

światopoglądowych i kulturowych oraz empatie w relacji z pacjentem i jego rodziną	
Przestrzega prawa pacjenta	K02
Samodzielnie i rzetelnie wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzega wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem	K03
Ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności zawodowe	K04

3. Treści programowe:

1. Założenia organizacyjne, cele praktyki , wykaz umiejętności, kryteria oceny. Organizacja oddziału.
2. Standard przyjęcia pacjenta do oddziału neurologicznego w trybie planowanym i nagłym.
3. Zbieranie informacji o pacjencie znanymi metodami (obserwacja , wywiad ukierunkowany, pomiar, badanie neurologiczne, analiza dokumentacji, informacje od członków zespołu terapeutycznego i rodziny) dla celów diagnozy pielęgniarstwa i leczenia.
4. Badania diagnostyczne stosowane w schorzeniach neurologicznych, przygotowanie pacjenta do badań, postępowanie z pacjentem po badaniu, interpretacja wyników badań.
5. Metody terapii w oddziale neurologicznym, współdziałanie pielęgniarki, obserwacja w kierunku powikłań zastosowanej terapii- znajomość leków stosowanych w oddziale, podawanych różnymi drogami.
6. Ustalenie diagnozy pielęgniarstwa, planowanie opieki, realizacja i ocena efektów działań pielęgniarstwa -prowadzenie dokumentacji procesu pielęgnowania wybranego pacjenta.
7. Postępowanie leczniczo- pielęgnacyjne z pacjentem w stanie zagrożenia życia w neurologii.
8. Prowadzenie edukacji zdrowotnej/przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki.
9. Analiza prowadzonej dokumentacji procesu pielęgnowania w oddziale neurologicznym – ocena wyników ,wnioski do dalszej pielęgnacji pacjenta.
10. Ocena realizacji założonych celów kształcenia. Samoocena i ocena studenta

4. Sposoby weryfikacji efektów uczenia się:

Obserwacja zachowania studenta podczas zajęć, analiza przypadku, rozwiązanie zadania problemowego

5. Warunki zaliczenia praktyki zawodowej:

1. 100% obecność na zajęciach
2. przestrzeganie regulaminu praktyk zawodowych,
3. zaliczenie dokumentacji procesu pielęgnowania (i/lub raportu),
4. zaliczenie obowiązującej tematyki zajęć,
- 5.zaliczenie efektów uczenia się - wg dziennika.

Koordynator przedmiotu

Mgr Anna Mlostek

**AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
W NOWYM TARGU
Instytut Medyczny
Kierunek PIELĘGNIARSTWO**

Imię i nazwisko studenta.....
Rok studiów..... semestr studiów.....numer grupy.....

Przedmiot: Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne

1. KRYTERIA OCENY PROCESU PIELĘGNOWANIA

Imię i nazwisko Studenta

L.p.	Kryterium	Punktacja 0-3 pkt
1.	Analiza sytuacji zdrowotnej pacjenta	
2.	Formułowanie diagnozy pielęgniarstwa	
3.	Wyłonienie celów opieki	
4.	Planowanie interwencji pielęgniarstwa	
5.	Samodzielność i kreatywność w proponowaniu rozwiązań	
6.	Stosowanie poprawnej terminologii medycznej	
7.	Estetyczny zapis w dokumentacji pacjenta	
	SUMA PUNKTÓW	

***Przy uzyskaniu w danym kryterium 0 punktów student otrzymuje ocenę niedostateczną.**

Ocena i punktacja:

Bardzo dobry (5,0) – 20-21 pkt
Plus dobry (4,5) – 18-19 pkt
Dobry (4,0) – 15-17 pkt
Plus dostateczny (3,5) – 13-14 pkt
Dostateczny (3,0) – 11-12 pkt
Niedostateczny (2,0) – 10 pkt i poniżej

Ocena końcowa:.....

Podpis nauczyciela sprawdzającego.....

DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM

I. Dane personalne

Imię i nazwisko (inicjały).....Wiek.....

Stan cywilny.....Miejsce zamieszkania

Sytuacja rodzinna.....

.....

Sytuacja zawodowa.....

.....

Przyjęty dnia..... w trybie

II. Rozpoznanie lekarskie

.....

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
VIII ostrość słuchu.....

IX,X podniebienie miękkie.....

Języczek.....

Odruchy podniebienne.....

Odruch gardłowy.....

Połykanie.....

Fonacja (chrypka).....

XI skręt głowy.....

unoszenie barków.....

XII język(zaniki, ruchy na boki, drżenia).....

Tułów: odruchy.....

4. Kończyny górne(wygląd, ruchy mimowolne, ułożenie, drżenia pęczkowe)

Ruchy bierne i napięcie mięśniowe(zakres ruchów, przykurcze).....

Ruchy czynne i siła mięśni(niedowład/porażenia).....

Odruchy:

P.....L.....

Czucie.....

Zbornosc ruchów.....

5. Kończyny dolne(wygląd, ruchy mimowolne, ułożenie)

Ruchy bierne i napięcie mięśniowe.....

Ruchy czynne i siła mięśni.....

Odruchy P.....L.....

Odruchy patologiczne P.....L.....

Odruch Laseque'a.....P.....L.....

Próba Romberga.....

Czucie.....

Zbornosc ruchów.....

6. Chód.....

7. Drgawki.....

8. Stan wyższych czynności nerwowych

.....

.....

.....

.....

VIII. Zachowania zdrowotne

Nałogi.....styl żywienia.....

Aktywność ruchowa.....

Masa ciała (BMI).....

.....

IX. Inne.....

1. badania diagnostyczne przeprowadzone w szpitalu

2. leczenie farmakologiczne

3. zlecenia inne

Imię i nazwisko (inicjały).....

Data	Ocena wyników opieki pielęgniarskiej	Wskazówki i uwagi