

 <p>Szpital Specjalistyczny Brzeziny</p>	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W BRZEGINACH-SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Cz.I:000000024615 Szpital Powiatowy w Brzezinach REGON: 100576369-00030 ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060 , tel. 46 874 20 02 Szpital Cz.V:01 Centralna Izba Przyjęć ul. Marii Curie-Skłodowskiej 6, 95-060 Brzeziny 46 874 20 02 Cz.VII:009 Cz.VIII:4902
---	--

NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)
PESEL / NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:

Wyrażam zgodę na hospitalizację/poradę i związane z nią badania. Powyższe nie dotyczy zabiegów operacyjnych wymagających odrębnej zgody.	<u>TAK</u> / NIE / NIE DOTYCZY *
Zostałem poinformowany o przysługujących mi prawami pacjenta (dziecka).	<u>TAK</u> / NIE *

23-04-2025

NAZWISKO: _____ data _____ podpis pacjenta _____
 PESEL / NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI: _____

Pobrano od pacjenta dokument tożsamości:

dowód osobisty, paszport, dokument podróży, Zezwolenie na przekraczanie granicy w ramach małego ruchu granicznego, Brak dokumentu tożsamości, Inny

Zostałem

Oświadczam, że odebrałem dokument tożsamości.

23-04-2025

NAZWISKO: _____ data _____ podpis pacjenta _____
 PESEL / NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI: _____

***zaznacz poprawną odpowiedź**

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) (dalej "RODO") informuje się co następuje:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o., adres: ul. Marii Skłodowskiej - Curie 6, 95-060 Brzeziny; tel.+48 46 8742800, e-mail: sekretariat@szpital-brzeziny.pl; Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się pod adresem www.szpital-brzeziny.pl/informacja-administradora-danych/.

NAZWISKO

PESEL / NR

Pobrano

Wzrost

ciężar ciała

ciężar ciała

ciężar ciała

ciężar ciała

ciężar ciała

ciężar ciała



Szpital
Specjalistyczny
Brzeziny

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W BRZĘZINACH-SPÓŁKA Z
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Cz.I:000000024615

Szpital Powiatowy w Brzezinach REGON: 100576369-00030

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060, tel. 46 874 20 02

Szpital Cz.V:01

Pododdział Urazowo-Ortopedyczny

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060

46 874 20 02

Cz.VII:006

Cz.VIII:4580

Brzeziny, dnia 25-04-2025

IMIĘ I NAZWISKO:

PLAN OPIEKI W ODDZIALE

(ustalany przy przyjęciu pacjenta do oddziału, w oparciu o wywiad, badanie fizykalne i wstępne wyniki innych badań)

Diagnostyka

- Dodatkowe badania laboratoryjne
- Badania obrazowe

Konsultacje

Rodzaj konsultacji (jeśli wymagane):
Anestezjologiczna,

Leczenie

- Operacyjne

Dieta

Rodzaj:
Dieta podstawowa

Rodzaj zabiegu:

endoprotezoplastyka stawu biodrowego
prawego

Rehabilitacja

- Wskazana (skierowanie wystawione)

Zastosowanie profilaktyki p/zakrzepowej:

- Profilaktyka wskazana

Występujące ryzyko:

Infekcja

- Nie występuje

Zagrożenie krwawienia:

- Nie występuje

Zakrzepica żył głębokich:

- Nie występuje

Diagn.

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

4 D

lek. Krzysztof Frątczak

3872027

podpis i pieczęć lekarza

Zgadzam się na leczenie

.....
podpis pacjenta



Szpital
Specjalistyczny
Brzeziny

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W BRZEZINACH-SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Cz.I:000000024615

Szpital Powiatowy w Brzezinach REGON: 100576369-00030

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060, tel. 46 874 20 02

Szpital Cz.V:

Pododdział Urazowo-Ortopedyczny

ul. Marii Skłodowskiej- Curie 6, 95-060

46 874 20 02

Cz.VII:

Cz.VIII:

Nazwisko i Imię Pacjenta

PESEL

Data: 23-04-2025

PRZYJĘCIE / ZWRÓT LEKÓW PACJENTA

Oświadczam, że leki przeze mnie przekazane przechowywane były w warunkach zalecanych przez producenta (oświadczenie pacjenta/opiekuna – podpis poniżej).

Lp.	Nazwa leku	Seria	Data ważności	Ilość w sztukach
1.	letrox 50	32017a	31-05-2026	25
2.	lipanthyl 160mg	18177j4	30-06-2026	10
3.	lacidil 4	9j3f	31-08-2026	7
4.	tertensif sr	369250	30-11-2026	23
5.	bisocard 2,5	80237428	30-06-2026	10
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

✓

Podpis pacjenta lub opiekuna

Olga Krystyjanik, NPWZ: 2219470P

Podpis personelu przyjmującego / zwracającego



Szpital
Specjalistyczny
Brzeziny

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W BRZEZINACH-SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Cz.I:000000024615

Szpital Powiatowy w Brzezinach REGON: 100576369-00030

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060, tel. 46 874 20 02

Szpital Cz.V:01

Pododdział Urazowo-Ortopedyczny

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060

46 874 20 02

Cz.VII:006

Cz.VIII:4580

Nazwisko i Imię Pacjenta:

PESEL:

Nr Sali

Tryb przyjęcia:
przyjęcie planowe na podstawie skierowania

Data i godzina przyjęcia:
23/04/2025 16:08

Rozpoznanie:
M16 - Choroba zwyrodnieniowa stawów
biodowych [Koksartroza]

OCENA SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ

Sprawność ruchowa	Ubieranie się	Toaleta ciała	Odżywianie	Potrzeby fizjologiczne
[X] chodzący	[X] samodzielny	[X] samodzielny	[X] samodzielny	[X] samodzielny
[-] chodzi z pomocą	[-] wymaga pomocy	[-] wymaga pomocy	[-] wymaga pomocy	[-] nie sygnalizuje
[-] niedowładny (p/l)	[-] niesamodzielny	[-] niesamodzielny	[-] niesamodzielny	[-] sygnalizuje
[-] przykurcze				[-] pampers
[-] chory leżący				[-] cewnik

OCENA STANU PSYCHICZNEGO PACJENTA

Stan świadomości	Kontakt słowny	Mowa	Zachowanie	Nastroj
1a [X] przytomny, zorientowany	2a [X] pełny, rzeczowy	3a [X] wyraźna	4a [X] spokojne	5a [X] pozytywny
1b [-] przytomny, zdezorientowany	2b [-] pełny, nielogiczny	3b [-] niewyraźna	4b [-] niespokojne, lękliwe	5b [-] neutralny
1c [-] splątany	2c [-] powierzchowny	3c [-] porozumienia się na piśmie	4c [-] agresywne, niespokojne	5c [-] obniżony
1d [-] nieprzytomny	2d [-] bez kontaktu			5d [-] depresyjny

Do obserwacji: 2b, 4b, 4c, 5c, 5d

INNE

Pacjent korzysta ze sprzętu pomocniczego:

[-] aparat słuchowy	[-] wózek inwalidzki	[-] protezy kończyn	[-] podpórka dwukołowa (balkonik)	[X] kule łokciowe
---------------------	----------------------	---------------------	-----------------------------------	-------------------

[X] inne: endoproteza
biodra prawego

OBJAWY/ ELEMENTY OCENY / W DNIU PRZYJĘCIA

Uwagi/Obserwacje/Komentarze

Układ oddechowy

Oddech: [X] prawidłowy [-] przyspieszony [-] duszność [-] inne:

Zękanie wydzieliny: [X] nie [-] tak

Kaszel: [X] nie [-] tak [-] suchy [-] wilgotny

Układ krążenia

Tętno: [X] prawidłowe [-] nieprawidłowe

84

Ciepłota: [-] prawidłowa [X] nieprawidłowa

154/86

Perfuzja obwodowa: [X] prawidłowa [-] "zimny pot" [-] ochłodzenie obwodowe

[-] skóra marmurkowata

Obrzęki: [X] nie [-/\$4] tak (lokalizacja)

Omdlenia: [X] nie [-] tak

Układ pokarmowy

Jama ustna: [X] prawidłowa [-] owrzodzona [-] pleśniawki [-] język obłożony

[-] inne:

Droga odżywiania: [X] naturalna [-] dojelitowa [-] inne:

Waga: 103 Wzrost: 166

Apetyt: [X] prawidłowy [-] wzmożony [-] zmniejszony [-] brak

Rodzaj diety: podstawowa

Pragnienie: [X] prawidłowe [-] wzmożone [-] zmniejszone

Wydalenie: [X] prawidłowe [-] zaparcia [-] biegunka [-] inne:

Dolegliwości: [X] brak [-] zgaga [-] nudności [-] wymioty [-] wzdęcia [-] inne:

Skóra

[X] brak patologicznych zmian [-] blada [-] sucha [-] wilgotna [-] zażółcona [-] zaczerwieniona

[-] uszkodzona [-] siniaki [-] inne:

STAN HIGIENICZNY:

[X] czysta [-] brudna [-] odparzenia [-] wszawice [-] zmiany dermatologiczne [-] swierzby/podejrzenie

[-] inne:

Układ moczowy

Wydzielanie moczu: [X] prawidłowe, fizjologiczne [-] wzmożone [-] zmniejszone [-] przez cewnik

[-] przez przetokę [-] pieluchomajtki

Dolegliwości:

[X] nie występują [-] trudności w oddawaniu moczu [-] parcie na mocz [-] pieczenie

[-] nietrzymanie

ODLEŻYNY: [X] nie [-] zwiększone ryzyko [-] tak

Lokalizacja

[-] kość krzyżowa [-] pośladek l/p [-] pięta l/p [-] potylica [-] łopatka l/p [-] talerz biodrowy l/p [-] małżowiny uszne l/p [-] podudzie l/p [-] okolice kostek bocznych kończyn dolnych l/p Uwagi:		
ALERGIE/NIETOLERANCJE POKARMOWE: doxycylina	NAŁOGI: x	BÓL: [X] tak [-] nie Umiejscowienie: staw biodrowy prawy
OCENA STANU SPOŁECZNEGO: [X] rodzina [-] samotny [-] DPS/ZOL [-] bezdomny [-] czynny zawodowo [-] inne:		

[-] wywiad niemożliwy do przeprowadzenia

Przyczyna:

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ:

Pacjentka przyjęta w celu wykonania zabiegu oraz poprawy sprawności fizycznej.

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarские.
2. Zostałem zapoznany/a z kartą praw pacjenta.
3. Zostałem zapoznany/a z topografią oddziału.
4. Zostałem zapoznany/a i zobowiązuje się do przestrzegania postanowień Regulaminu Organizacyjnego Oddziału.

[-] Brak możliwości zebrania oświadczenia.

Olga Krystyjanik, NPWZ: 2219470P

Podpis i pieczęć pielęgniarki przyjmującej pacjenta


23-04-2025,

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna

Nazwisko i imię pacjenta: _____

Wskazówki dla pacjenta przy wypisie ze szpitala:

Zalecenia w dniu wypisu:

Podpis pacjenta: 

Podpis pielęgniarki/położnej: MONIKA JEDYNAK 2218411P

Data wypisu:



Szpital
Specjalistyczny
Brzeziny

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W BRZEZINACH-SPÓŁKA Z
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Cz.I:000000024615

Szpital Powiatowy w Brzezinach REGON: 100576369-00030

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060, tel. 46 874 20 02

Szpital Cz.V:01

Pododdział Urazowo-Ortopedyczny

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060

46 874 20 02 Cz.VII:006 Cz.VIII:4580

KARTA OCENY CZYNNIKÓW RYZYKA ZAKAŻENIA PRZY PRZYJĘCIU PACJENTA DO SZPITALA

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel

Oddział: Pododdział Urazowo-Ortopedyczny, Wydział Główny: PCZ-25-8517

Lp.	CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA	pkt. *	Lp.	CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA	pkt. *
1	Wiek > 65 lat	0	20	Choroba nowotworowa w wywiadzie	0
2	Wiek < 2 lat / wcześniactwo < 6 miesiąca życia	0	21	Choroba niedokrwienia kończyn	0
3	Ciąża	0	22	Implant / Przeszczep	1
4	Przyjęcie z innego szpitala	0	23	Immunosupresja	0
5	Przyjęcie z Domu pomocy Społecznej / ZOL	0	24	POCHP / astma w wywiadzie	0
6	Pobyt w szpitalu w ciągu ostatnich 12 msc	1	25	Cukrzyca w wywiadzie	0
7	Zabiegi / badania inwazyjne w ciągu ostatnich 6 m-cy (operacje, punkcje, iniekcje, szczepienia, biopsje itp.)	1	26	Niewydolność nerek w wywiadzie / dializoterapia	0
8	Uszkodzenia skóry / tatuaże / kolczykowanie / obszerne blizny	0	27	Nadciśnienie tętnicze w wywiadzie	1
9	HBV, HCV, HIV, gruźlica w wywiadzie	0	28	Uraz wielonarządowy	0
10	Brak szczepień p/WZW B	0	29	Pacjent nieprzytomny / po zachłyśnięciu / po NKZ / unieruchomienie	0
11	Kontakt z osobą chorą zakażenie w wywiadzie - w ciągu ostatnich 3 miesięcy	0	30	Rany pourazowe	0
12	Palenie tytoniu w wywiadzie (> 10 papierosów dziennie)	0	31	Otwarte złamanie	0
13	Alkoholizm w wywiadzie	0	32	Oparzenie II stopnia / 10 % >= powierzchni ciała	0
14	Zaniedbania higieniczne / nietrzymanie moczu / nietrzymanie kału	0	33	Odleżyny / zmiany na skórze (ropnie, alergiczne, egzema)	0
15	Cewnik naczyniowy	0	34	Alergia	0
16	Cewnik w pęcherzu moczowym	0	35	Nawrotowe procesy zapalne (np. zapalenie przydatków, zatok, nawracające czyraki)	0
17	Narkomania / uzależnienie od leków w wywiadzie	0	36	Aktywne ostre zakażenie (np. Zapalenie płuc, zakażenie inwazyjne, ZUM)	0
18	Otyłość	0	37	Wady wrodzone	0
19	Niedowaga z wyniszczeniem	0	38	Rurka intubacyjna / tracheostomia	0
Zabiegi stomatologiczne w ciągu ostatnich 6 m-cy		1	39	Antybiotykoterapia < 3 miesięcy przed hospitalizacją	0
Zabiegi kosmetyczne / fryzjerskie w ciągu ostatnich 6 m-cy		1	40	Nosicielstwo patogenu alarmowego (wymienić jakiego)	0
Brak możliwości zebrania wiarygodnego wywiadu (zaznaczyć)					

* Odpowiedź Tak = 1 punkt (wstaw 1) odpowiedź Nie(wstaw 0)

W przypadku braku możliwości przeprowadzenia wywiadu we właściwej pozycji – wstaw x

Uwaga! Bez względu na ilość punktów w przypadku wystąpienia czynnika ryzyka z pozycji 20;23; 28; 29; 32;33

Kwalifikujemy pacjenta do grupy ryzyka III

Liczba punktów: 6

GRUPY RYZYKA: IV

I niska – (1 punkt); II średnia – (2-3 punkty); III wysoka – (4-5 punkty); IV bardzo wysoka – (6 i więcej)

Ważne informacje

DATA WYPEŁNIANIA
23-04-2025

IMIĘ, NAZWISKO PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ
Anna WAWRZONEK
2206544A

Nazwisko i imię pacjenta: _____

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku Nr 52 poz. 417 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010r. Nr 252, poz 1697) oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na hospitalizację
2. Upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: _____

tel.: _____

3. Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej
 4. Upoważniam do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po śmierci
- Potwierdzam odbiór dokumentów osobistych od pracowników Izby Przyjęć
7. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich zleconych oraz uzasadnionych medycznie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych na rzecz mojej osoby.

Zostałem/łam poinformowany/a, o:

- prawie do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- prawie odwołania zgody na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych. W razie braku zgody, wykonywanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie dopuszczalne w sytuacji konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej.

za zgodność ze stanem faktycznym

25-04-2025

data

czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego

25-04-2025

data

podpis personelu WPZ/SOR/Izby przyjęć