



KARTA INDYWIDUALNEJ EDUKACJI PACJENTA

Wrocław dnia:

.....
Jednostka organizacyjna

Nazwisko i imię pacjenta:

Data i rodzaj zabiegu:

PESEL

Zapoznałam/zapoznałem się z Międzynarodową kartą praw osoby ze stomią.
Otrzymałam/otrzymałem informacje na temat stomii:

TAK

NIE

1. Czy znam zasady refundacji sprzętu stomijnego?

| ZNAM | CZĘŚCIOWO | WCALE |
|------|-----------|-------|
| 2 | 1 | 0 |

2. Czy wiem jakie są kryteria doboru sprzętu stomijnego oraz środków do pielęgnacji?

| WIEM | CZĘŚCIOWO | NIE WIEM |
|------|-----------|----------|
| 2 | 1 | 0 |

3. Czy wiem jak samodzielnie wymienić worek stomijny i co zrobić z użytym sprzętem i jego zawartością?

| WIEM | CZĘŚCIOWO | NIE WIEM |
|------|-----------|----------|
| 2 | 1 | 0 |

4. Czy wiem jak zapobiegać powikłaniom wczesnym i późnym?

| WIEM | CZĘŚCIOWO | NIE WIEM |
|------|-----------|----------|
| 2 | 1 | 0 |

5. Czy wiem jak postępować w przypadku zaparcia, biegunki, wzdęcia?

| WIEM | CZĘŚCIOWO | NIE WIEM |
|------|-----------|----------|
| 2 | 1 | 0 |



6. Czy wiem jakich zaleceń dietetycznych muszę przestrzegać po wyłonieniu stomii?

| | | |
|------|-----------|----------|
| WIEM | CZĘŚCIOWO | NIE WIEM |
| 2 | 1 | 0 |

7. Czy potrafię prowadzić samoobserwację stomii i skóry wokół stomii za pomocą Skali SACS?

| | | |
|-----|-----------|--------------|
| TAK | CZĘŚCIOWO | NIE POTRAFIĘ |
| 2 | 1 | 0 |

8. Czy wiem jak przygotować się do podróży, aktywności fizycznej i życia intymnego po operacji stomii?

| | | |
|------|-----------|----------|
| WIEM | CZĘŚCIOWO | NIE WIEM |
| 2 | 1 | 0 |

9. Czy potrafię samodzielnie wykonać irygację kolostomii?

| | | |
|-----|-----------|--------------|
| TAK | CZĘŚCIOWO | NIE POTRAFIĘ |
| 2 | 1 | 0 |

10. Czy otrzymałam/otrzymałem informację o możliwości kontaktu z Poradnią Stomijną oraz z pielęgniarką stomijną?

| | | |
|-----|-----------|-----|
| TAK | CZĘŚCIOWO | NIE |
| 2 | 1 | 0 |

Czy program edukacji został przedstawiony w sposób ciekawy, zrozumiały, przydatny dla Pani/Pana?

| | | |
|-----|-----------|-----|
| TAK | CZĘŚCIOWO | NIE |
|-----|-----------|-----|

Bardzo dziękuję za wypełnienie karty edukacyjnej

Podpis pielęgniarki

Podpis pacjenta



WYPEŁNIA PIELĘGNIARKA STOMIJNA

Razem punktów (*zakreślić właściwą ilość*)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

Wnioski:

.....

.....

.....

.....

Zaplanowane działania:

.....

.....

.....

.....

Podjęte działania:

.....

.....

.....

.....