

	ZAŁACZNIK STANDARDU AKREDYTACYJNY CO		NR - CO10 -2012
	ASTMA OSKRZELOWA - EDUKACJA ZDROWOTNA PACJENTA/RODZINY		Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 12.02.2018	WYDANIE 3

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr Księgi Głównej:.....

Data szkolenia:

Zakres szkolenia ¹:

1. Informacje o chorobie i lekach (rodzaje, dawki, działania leków, w tym także niepożądane) **tak nie**
2. Techniki przyjmowania leków - np. z nebulizatora **tak nie**
3. Prowadzenie samokontroli przebiegu choroby **tak nie**
4. Objawy zaostrzenia choroby i postępowanie w tej sytuacji **tak nie**
5. inne ²:
.....
..... **tak nie**
6. inne ²:
.....
..... **tak nie**

.....
Podpis pacjenta / rodziny

.....
Podpis pielęgniarki przeprowadzającej szkolenie

Zwracam się z prośbą o przeszkolenie mojej rodziny.

.....
Podpis pacjenta

1 – właściwie zakreślić

2 – wymienić tematy, które dodatkowo zostały omówione podczas szkolenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracował	Michał Jaśnikowski	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Grzegorz Broda	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdził	Elżbieta Wielgos-Karpińska	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>