

	ZAŁĄCZNIK STANDARDU AKREDYTACYJNY CO		NR - CO8 -2012
	STOMIA 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. Samopielęgnacja stomii – wymiana worka stomijnego | tak | nie |
| 2. Zasady prawidłowego żywienia – dieta | tak | nie |
| 3. Dobór sprzętu stomijnego | tak | nie |
| 4. Aktywność fizyczna | tak | nie |
| 5. Powikłania stomii | tak | nie |
| 6. inne ² : | | |
| | | |
| | tak | nie |
| 7. 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	Stanisław Gamrot	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdził	Elżbieta Wielgos-Karpińska	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>