

## Informacje z działalności Akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu  
ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58  
90-136 Łódź, Tel. 42 678 87 53, fax. 42 678 03 67 email: jolanta.glinska@umed.lodz.pl

---

Uprzejmie informujemy, że Rada ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ- *Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*, w skład której wchodzi przedstawiciele ACBiR w Łodzi (*mgr Dorota Kilańska – przewodnicząca Rady*, *dr n. med. Jolanta Glińska – Dyrektor ACBiR*) powołała 2 zespoły, które pracują nad ujednoczeniem dokumentacji medycznej dla pielęgniarek:

1. **Zespół ds. elektronicznego rekordu pacjenta** (*pracuje nad: schematem dokumentacji, ustalaniem rodzaju dokumentów wchodzących w skład dokumentacji pielęgniarskiej oraz nad tworzeniem tej dokumentacji dla różnych obszarów pielęgniarstwa*)
2. **Zespół ds. ICNP®** (*konsultuje i opracowuje plany opieki pielęgniarskiej w tym diagnozy wraz z interwencjami pielęgniarskimi dla różnych obszarów pielęgniarstwa w oparciu o międzynarodowy standard pielęgniarski opisany w ISO 18104:2003*).

CSIOZ podjęło również działania mające na celu skonstruowanie narzędzia informatycznego ułatwiającego tworzenie planów opieki dla potrzeb dokumentacji elektronicznej, pozwalające na wystandaryzowanie ich dla praktyki.

Jednocześnie walidacji poddawane są skale oceny pacjenta zalecane przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN).

Przygotowano podstawowy schemat dokumentacji medycznej dla pielęgniarek, który został pozytywnie oceniony przez 80 pielęgniarek różnej specjalności jako przyjazny w pracy. Został zaproponowany następujący skład dokumentacji pielęgniarskiej w elektronicznym rekordzie pacjenta autorstwa pani mgr Ewy Orawczak, która współpracuje z mgr mgr Marią Smalec, Władysławem Grabowskim, Iwoną Ługowską i Katarzyną Głodowską, z dużym zaangażowaniem Zespołu dr Anny Andruszkiewicz oraz dr Bożeny Gorzkowicz.

Kolejny etap prac to włączenie do karty oceny stanu pacjenta wystandaryzowanych skal oceny pacjenta oraz pilotaż w wybranych podmiotach leczniczych.

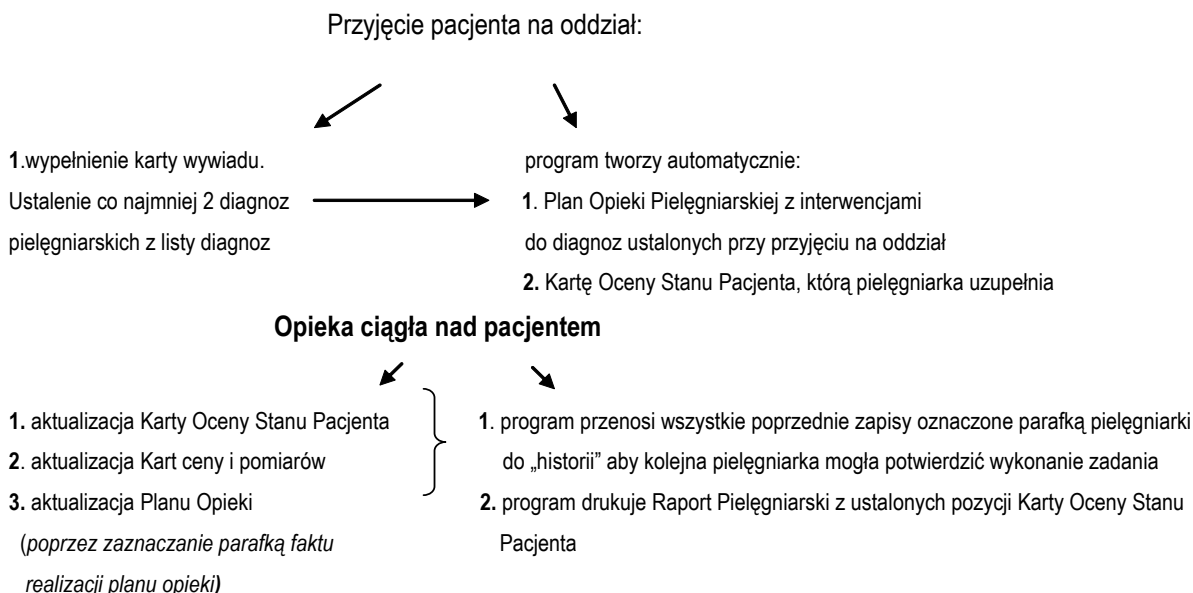
## Ryc. Schemat kompleksowej dokumentacji medycznej wg opracowania E. Orawczak

### Schemat kompleksowej dokumentacji w oddziale szpitalnym w wersji elektronicznej

#### W skład dokumentacji wchodzi:

1. **Karta Wywiadu Pielęgniarskiego**- zakładana w dniu przyjęcia pacjenta na oddział  
(odpowiedzi na zadawane pytania posiadają możliwość wyboru z dostępnych opcji)
2. **Karta Oceny Stanu Pacjenta**- wypełniona w dniu przyjęcia na oddział i uaktualniana co najmniej 1x w trakcie dyżuru (większość danych przechodzi automatycznie z Karty Wywiadu)
3. **Plan Opieki Pielęgniarskiej** – zawiera diagnozy, interwencje i potwierdzenie ich wykonania, utworzone w dniu przyjęcia i uaktualniane z listy diagnoz
4. **Lista diagnoz pielęgniarskich** z pełnym procesem pielęgnowania zgodnie z klasyfikacją ICNP
5. **Karty ocen i pomiarów zgodna z ICNP**- np. Karta ADL, .
6. **Raport pielęgniarski** – jako wyciąg z Karty Oceny Stanu Pacjenta  
(jest tworzony i drukowany samoczynnie z zaznaczonych punktów Karty Oceny Stanu Pacjenta)
7. **Wypis pacjenta** i karta wskazówek pielęgniarskich

#### Schemat dokumentacji::



**Kierownik  
Akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju  
dr n. med. Jolanta Glińska**

Łódź, 26 kwietnia 2013 r.