

Na temelju članka 17. stavka 3. Zakona o primaljstvu („Narodne novine“, br. 120/08 i 145/10), na prijedlog Hrvatske komore primalja, ministrica zdravstva donosi

**PRAVILNIK  
O SADRŽAJU I OBRASCU PRIMALJSKE LISTE**

**Članak 1.**

Ovim Pravilnikom utvrđuje se sadržaj i obrazac primaljske liste.

**Članak 2.**

Primaljska lista sastoji se od obrazaca primaljske liste tiskanih u prilogima 1. do 7.5. ovoga Pravilnika koji su njegov sastavni dio i to:

Prilog 1. – Opće upute

Primaljska lista u zdravstvenoj ustanovi u djelatnosti opstetricije (rađaonica, patologija trudnoće, odjel babinjača, novorođenački odjel):

Prilog 2. – Primaljska lista – opći podaci

Prilog 3. – Primaljska lista – rađaonica

Prilog 3.1. – Primaljska lista – I. porođajno doba

Prilog 3.2. – Evidencija dnevnog prenatalnog praćenja

Prilog 3.3. – Evidencija provedenih primaljskih postupaka

Prilog 3.4. – Primaljska lista – porođaj

Prilog 3.5. – Partogram

Prilog 3.6. – Primaljska lista – III. / IV. porođajno doba

Prilog 4. – Lista novorođenčeta

Prilog 4.1. – Primaljska lista – novorođenče

Prilog 4.2. – Dnevno praćenje novorođenčeta

Prilog 4.3. – Otpusni list – novorođenče

Prilog 5. – Dnevna poslijeporođajna zapažanja - babinjača

Prilog 6. – Otpusni list – babinjača

Prilog 7. – Dodatne liste za praćenje

Prilog 7.1. – Kategorizacija pacijentica

Prilog 7.2. – Sažetak trajnog praćenja

Prilog 7.3. – Unos i izlučivanje tekućina

Prilog 7.4. – Dnevni plan primaljske skrbi

Prilog 7.5. – Ljestvice i skale.

### **Članak 3.**

(1) Primaljska lista vodi se u pisanom ili u elektroničkom obliku.

(2) Ako se primaljska lista vodi u elektroničkom obliku obvezno mora sadržavati sve podatke propisane odredbama ovoga Pravilnika.

### **Članak 4.**

Hrvatska komora primalja obvezna je u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika izraditi i objaviti na mrežnim stranicama upute za primjenu Primaljske liste iz članka 2. ovoga Pravilnika.

### **Članak 5.**

Zdravstvene ustanove obvezne su uskladiti dokumentaciju sukladno odredbama ovoga Pravilnika najkasnije u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika.

### **Članak 6.**

Danom stupanja na snagu ovoga Pravilnika prestaje važiti Pravilnik o sadržaju i obrascu primaljske liste („Narodne novine“, broj 67/23).

### **Članak 7.**

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“.

KLASA:  
URBROJ:  
Zagreb,

MINISTRICA

doc. dr. sc. Irena Hrstić, dr. med.

	<b>OPĆE UPUTE</b>
--	-------------------

str. 1

<b>OPĆE UPUTE</b>
-------------------

***Vođenje primaljske liste određeno je Zakonom o primaljstvu. Sadržaj i obrazac primaljske liste na prijedlog Hrvatske komore primalja propisuje ministar nadležan za zdravstvo.***

- Primaljske liste dužne su ispunjavati sve primalje.
- Plan primaljske skrbi ispunjava i potpisuje voditelj tima primaljske skrbi.
- Sve liste moraju biti pisane čitko crnom ili plavom kemijskom olovkom ili u digitalnom obliku.
- Uz pripadajući odgovor u kućicu staviti križić ili dopisati potreban podatak.
- Prilikom naznake sata koristiti 24-satno vrijeme.
- U dijelovima gdje je potrebno upisati ime i prezime primalje, ono mora biti pisano TISKANIM slovima.
- Mogu se koristiti poznate i standardizirane skraćenice, za sve drugo obvezno je u zaglavlju liste gdje se skraćenica koristi pojašnjenje i označiti ga \* (znak zvjezdice).
- Sve stavke moraju biti upisane kronološki.
- Otvaraju se samo liste koje su potrebne za pojedinu pacijenticu.
- Na svakoj strani svakog otvorenog lista mora biti navedeno ime pacijentice, odjel i matični broj upisa.
- Za trajno praćenje (24 h) vitalnih znakova mogu se koristiti dodatni listovi koji postoje u zdravstvenoj ustanovi.
- Detaljnije upute o vođenju svake pojedinačne liste nalaze se na samoj listi.
- Upute vrijede i za elektroničko vođenje primaljske liste, umjesto potpisa stajat će primalja koja upisuje podatke.

## Prilog 2. Primaljska lista – opći podaci

<b>PRIMALJSKA LISTA – OPĆI PODACI</b>		<b>MBU:</b>												
Ustanova:	Odjel:	OIB:	MBO:	Redni br. hospit.:										

<b>OPĆI PODACI</b>			
Datum i vrijeme prijema:	Datum i vrijeme otpusta:	<b>PREMJEŠTAJ</b>	
		Kamo	Datum i vrijeme:
Ime:		Prezime:	
Datum rođenja:	Kontakt (tel/mob):	Kontakt (tel/mob) bliske osobe:	
Ulica i kućni broj:		Grad/Općina:	Poštanski broj:

<b>PREGLED PRI PRIJEMU</b>				
RR:	Tjelesna temperatura:	Edemi:		
Puls:	Tjelesna težina:	Stolica (kad je bila zadnja):		
Visina:	Prirast težine:	Urin (proteini):		
KG i Rh faktor:	Menarhe:	Menstruacijski ciklus:	Trajanje:	Datum ZM:
		<input type="radio"/> Redovit <input type="radio"/> Neredovit		

**ANAMNEZA**

Obiteljska:		Osobna:	
Ginekološko/opstetrička:		Opće stanje:	
Lijekovi (ukoliko ih uzima):		Alergije:	
Posebne napomene vezane uz prehranu:		Druge posebne napomene:	
Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Koliko:	Opioidna sredstva DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Vrste:	Pušenje i druge nikotinske ovisnosti DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Koliko:	

**SADAŠNJA TRUDNOĆA**

Očekivani termin porođaja:	Gestacijska dob:
Hospitalizacije (razlog):	
Pratnja: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Tko:	Tečaj za trudnice: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>



## NAPOMENE

Ostale napomene i osobitosti o pacijentici (pomagala, posebne potrebe...):

Podatke dao/la:

Primalja:

## UPUTE

- **Popunjavaju je primalje prilikom prijema pacijentice u zdravstvenu ustanovu**
- **Anamnestički podaci se prikupljaju primarno od pacijentice, a zatim od pratnje, osobe koje brine o pacijentici, medicinskog ili drugog osoblja te iz medicinske dokumentacije**
- **Podaci se prikupljaju i temeljem pregleda**
- **Podatke koje nije moguće dobiti u trenutku uzimanja anamneze treba upisati naknadno**

## Prilog 3. Primaljska lista - rađaonica

<b>PRIMALJSKA LISTA – RAĐAONICA</b>		<b>str. 1</b>		<b>MBU:</b>											
<b>PRIJEM</b>															
Ime i prezime:										Vrijeme dolaska:					
Tjedan gestacije: Po amenoreji: Po UZV:			Početak porođaja:												
Plodova voda (izgled):						Vodenjak:		Održan o		Spontano prsnuće o					
Vaginalni pregled kod prijema:															
Plan porođaja (priložiti):				DA o											
				NE o											
Napomene:															
RR:						Temperatura:									
CTG kod prijema (vrijeme):			Predležeća čest:			KČS:		Indukcija porođaja:				DA o		NE o	
						Kako i kada:									
Trudovi (jačina i učestalost):															

Popunjava primalja u rađaonici.

**PRIMALJSKA LISTA –  
I. POROĐAJNO DOBA**

str. 2

MBU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**I. POROĐAJNO DOBA**

Ime i prezime:

Indukcija porođaja: DA  NE 

Kako i kada:

DRIP: DA  NE 

RR:

Sat kada je postavljen:

Kretanje: DA   
NE Lopta/  
drugi rekviziti DA   
NE Jelo i piće: DA  NE 

Kada i koliko:

Mokrenje: DA   
NE Analgezija u porođaju: DA  NE   
Vrsta:

## VAGINALNI PREGLEDI (vrijeme i tko je pregledao roditelju)

## Plodova voda

Vodenjak održan:

DA  NE 

Opisno:

Amniotomija: DA   
Vrijeme:NE   
Odbija prokidanje vodenjaka

Napomene:

Prilog 3.2.- Evidencija dnevnog prenatalnog praćenja

<b>EVIDENCIJA DNEVNOG PRENATALNOG PRAĆENJA</b>		<b>MBU:</b>												
str. 3														
Ime i prezime:	Datum:	Odjel:						Gestacija:						

**EVIDENCIJA DNEVNOG PRENATALNOG PRAĆENJA**

	Vrijeme (24h)							
RR								
Puls								
Temperatura								
Proteini u urinu								
GUK								
Edemi, TT								
Stolica/Mokrenje								
Mučnina, povraćanje								
Krvarenje								
Dijeta, unos hrane i tekućine								
Plodova voda								
Fetalni pokreti								
KČS/CTG								
Emocionalno stanje								
Primalja								

Liste se popunjavaju na odjelima na kojima borave trudnice. Popunjavaju sve primalje. Ukoliko je potrebno voditi trajnu/24h evidenciju uvesti dodatnu listu



**PRIMALJSKA LISTA –  
POROĐAJ**

str. 5

MBU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**II. POROĐAJNO DOBA (POROĐAJ)**

Ime i prezime:		Datum:		Sat porođaja:	
<b>Način dovršenja porođaja</b>					
Vaginalni o		S.C. o		VE o	
<b>Podaci o porođaju</b>					
Porođaj u vodi o		Porođaj na stolčiču o		VBAC o	
				Epiziotomija: DA o NE o	
Opskrba epiziotomije/rupture: DA o NE o		Laceracija: DA o NE o		Medica intaktna: DA o NE o	
Ruptura <input type="checkbox"/>		Ako DA: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>			
Plodova voda (izgled):					
Zastoj ramena u porođaju: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			Napomene:		

**PODACI O NOVOROĐENČETU**

Datum i sat rođenja:		Spol: Muško o Žensko o	
ID broj narukvice:	Težina:	Dužina:	OG:
Apgar:	Podoj u zlatnom satu: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Kontakt koža na kožu: DA o Vremensko trajanje: S kim: NE o Ako NE, zašto:	Pedijatar na porođaju: DA o NE o
Prvi podoj: DA o NE o		Reanimacija novorođenčeta: DA o NE o	
Ako NE, zašto:			
Pregled primalje: DA o NE o kada:	Mekonij: DA o NE o	Mokrenje: DA o NE o	
Pupkovina klemana: Odmah o Nakon pulsiranja o	Matične stanice: DA o NE o Donacija o Privatno o Med. indikacija o		
Prikupljanje umbilikalne krvi: MK o KG i Rh o	Drugo: o _____		
Toaleta pupka kod prve opskrbe novorođenčeta: DA o NE o	Vrsta antiseptika:		
Napomene:			
Komplikacije:			

**VIŠEPLODNI POROĐAJ**

Redoslijed rađanja (ID broj narukvice)	Datum	Sat	Redoslijed rađanja (ID broj narukvice)	Datum	Sat
1.			3.		
2.			4.		

Primalja:	
Tim na porođaju (liječnik, pedijatar, ostali):	

Popunjava primalja koja je vodila porođaj.





**LISTA NOVOROĐENČETA**  
**str. 1**

MBU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PRIJEM NOVOROĐENČETA**

Ime i prezime majke:

Koža (madeži, modrice, znaci traume):

Detalji prijema novorođenčeta (opisati odstupanja od fiziološkog):

ABS: DA  NE GUK DA  NE VIT K: DA  NE 

Sat:

Doza i način aplikacije:

**Prvi kontakt s majkom (koža na kožu)****Prvi podoj u rađaonici**DA  NE DA  NE 

Trajanje: Razlog:

Trajanje: Razlog:

Promatranje novorođenčeta:

Promatranje majke:

**Edukacija**

Inicijalna edukacija dojenja

Tehrike izdavanja mlijeka

Tehnika dojenja

DA  NE DA  NE DA  NE 

List popunjava primalja koja prima novorođenče u dječju sobu. Podatke o prvom kontaktu i podaju usmeno dobiva od primalje koja joj predaje novorođenče. Sve upise na listu unijeti opisno, u dnevnom izvješću, ukoliko je potrebno, naglasiti odstupanja od fiziološkog.

\*Pod intervencije se podrazumijevaju sve intervencije (amniotomija, epiziotomija, pomoć pri oslobađanju ramena...) i lijekovi koje je roditelj dobila u porođajnim dobima, izuzev aktivnog vođenja trećeg porođajnog doba.

Datum i vrijeme prijema:

Primalja:

**PRIMALJSKA LISTA -  
NOVOROĐENČE  
str. 2**

MBU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PODACI O NOVOROĐENČETU**

Datum i sat rođenja:				Spol: Muško <input type="checkbox"/> Žensko <input type="checkbox"/>			
Broj ID narukvice:		Težina:		Dužina:		Zastoj ramena: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Zahvati:				OG:			
Apgar:		Kontakt koža na kožu: DA <input type="checkbox"/> U trajanju od: Pedijatar na NE <input type="checkbox"/> Ako NE, zašto: porođaju: DA <input type="checkbox"/> S kim: NE <input type="checkbox"/>					
Prvi podoj: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		S pratnjom:		Reanimacija nov.: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			
Ako NE, zašto:		DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Ako DA, tko:			
Pregled primalje: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Mekonij: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>				Mokrenje: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Ako DA, kada:							
Pupkovina klemana:		Po porođaju <input type="checkbox"/>				Matične stanice: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Nakon pulsiranja <input type="checkbox"/>		Donacija <input type="checkbox"/>		Privatno <input type="checkbox"/>		Med. indikacija <input type="checkbox"/>	
Prikupljanje umbilikalne krvi: MK <input type="checkbox"/>		Kg i Rh <input type="checkbox"/>		Drugo <input type="checkbox"/> _____			
Toaleta pupka kod prve opskrbe novorođenčeta:		DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Vrsta antiseptika:			
Napomene:							
Komplikacije:							
Primalja:							
Tim na porođaju (liječnik, pedijatar, ostali):							

Popunjava primalja zadužena za rodilju u trenutku porođaja.



**DNEVNO PRAĆENJE NOVOROĐENČETA****UPUTE****PUPČANI BATALJAK**

Krvarenje,  
crvenilo,  
oticanje,  
iritacija,  
miris,  
iscjedak,  
znakovi odvajanja,  
odvojen

**PROCJENA HRANJENJA**

Prosječna učestalost / broj uspješnih podoja tijekom  
24 sata,  
ukoliko je ponuđeno i što je ponuđeno (npr. voda /  
adaptirano mlijeko) i medicinski razlozi za korištenje  
istog, itd.  
Ukoliko je dijete hranjeno adaptiranim mlijekom  
navesti detalje,  
ukidanje adaptiranog mlijeka.

**URIN**

Broj mokrih pelena,  
prisutnost urata

**STOLICA**

Izgled (mekonij, zelena,  
sluzava ili žuta stolica) i  
učestalost

## Prilog 4.3. – Otpusni list - novorođenče

**OTPUSNI LIST - NOVOROĐENČE**  
**str. 4**

MBU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**OTPUSNI LIST – NOVOROĐENČE**

Ime i prezime majke:		Spol: Muško <input type="checkbox"/> Žensko <input type="checkbox"/>	
ID broj narukvice:	Novorođenče se otpušta s majkom: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Kontakt brojevi:	
Ako NE, upisati adresu i ustanovu u koju se otpušta novorođenče:			
Težina i duljina novorođenčeta pri porođaju:	OG novorođenčeta pri porođaju:	Težina i duljina novorođenčeta pri otpustu:	

Obavljeno savjetovanje o (označiti kvačicom)	Napomena (ukoliko je potrebno)	Primalja	Datum/sat (24h)
Njega novorođenčeta: <input type="checkbox"/>			
Njega pupčanog bataljka: <input type="checkbox"/>			
Baby handling: <input type="checkbox"/>			
Sprječavanje SIDS-a: <input type="checkbox"/>			
Pokazatelji uspješnog hranjenja: <input type="checkbox"/>			
Drugo (odrediti): <input type="checkbox"/>			

Način hranjenja pri otpustu (označiti kvačicom)	Napomena (ukoliko je potrebno)	primalja	Datum/sat (24h)
Isključivo dojenje: <input type="checkbox"/> Djelomično dojenje: <input type="checkbox"/> Adaptirano mlijeko: <input type="checkbox"/>			

Novorođenačka žutica <input type="checkbox"/>			
Terapija pri otpustu:			

	Napomena (ukoliko je potrebno)	Primalja	Datum/sat (24h)
BCG <input type="checkbox"/>			
Metabolički probir <input type="checkbox"/>			
Pretraga sluha <input type="checkbox"/>			

Posebne napomene i obilježja novorođenčeta:

Primalja:	Datum:	Sat otpusta:
-----------	--------	--------------

Popunjava primalja koja otpušta dijete.



**DNEVNA POSLIJEPOROĐAJNA ZAPAŽANJA – BABINJAČA****UPUTE**

<b>VITALNI ZNAKOVI</b>  Samo za dnevno bilježenje, za češće mjerenje potrebno je otvoriti dodatni list. Ako neke vitalne znakove nije potrebno pratiti, rubriku treba prekrižiti	<b>DOJKE I BRADAVICE</b>  grudi mekane, napunjenost, crvenilo, bol, ispućane, bolne, macerirane bradavice	<b>DOJENJE</b>  majka sigurna u postavljanje novorođenčeta na dojku, prihvaća dojku, potrebna potpora, izdajanje i problemi	<b>UTERUS</b>  grčevi, involucija, visina fundusa	<b>LOHIJA</b>  boja, količina i miris lohija, prisutnost ugrušaka, prisutnost ovoja
<b>NOGE</b>  duboka venska tromboza, crvenilo, edemi, otećenost, bol, varikoziteti, tromboflebitis, grčevi	<b>MJEHUR</b>  bol pri mokrenju, inkontinencija, nagon na mokrenje prisutan	<b>PROBAVA</b>  zatvor, proljev, inkontinencija, nagon na stolicu, hemoroidi	<b>RANA (CARSKI REZ)</b>  šavi, cijeljenje, infekcija, crvenilo, hematomi	<b>PERINEUM (EPIZIOTOMIJA, RUPTURA)</b>  bolnost (osjetljivost), hematomi, otećenost, šavi, infekcija crvenilo
<b>BOL</b>  glava, križa, trbuh, perineum, mjesto epiduralne/spinalne, učestalost	<b>UMOR</b>  produljeno spavanje, prerano buđenje, nesanica	<b>EMOCIJE</b>  baby blues, pretjerana nervoza, tjeskoba ( <i>skala za tjeskobu</i> )	<b>KRVARENJE</b>  količina, prisutnost ugrušaka	

## Prilog 6. – Otpusni list - babinjača

**OTPUSNI LIST - BABINJAČA****str. 1**

MBU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**OTPUSNI LIST - BABINJAČA**

Ime i prezime majke:		Datum rođenja:	Datum porođaja:
Otpušta li se novorođenče zajedno s babinjačom:	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Ako NE, razlog:	

Kontakt brojevi babinjače:

Informacije objašnjene babinjače (označiti kvačicom)	Napomena (ukoliko je potrebno)	Primalja	Datum/sat (24h)
Odmor/higijena/prehrana: <input type="checkbox"/>			
Poslijeporođajne poteškoće <input type="checkbox"/>			
Lohija <input type="checkbox"/> Oskudna <input type="checkbox"/> Osrednje-Obilna <input type="checkbox"/>			
Drugo (pobliže odrediti) <input type="checkbox"/>			

Vaginalni <input type="checkbox"/>	S.C. <input type="checkbox"/>	VE <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Anti-D	Napomena (ukoliko je potrebno)	Primalja	Datum/sat (24h)
DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Kada:			

Rana (zabilježiti sva zapažanja/potrebnu obradu pod napomene) (opisno)	Napomena (ukoliko je potrebno)	Primalja	Datum/sat (24h)

## DODATNI PODACI

Gemini/Trigemini <input type="checkbox"/>	Zadak <input type="checkbox"/>	Epidural na analgezija <input type="checkbox"/>	Epiziotomija <input type="checkbox"/>
Ruptura <input type="checkbox"/>	Ako DA: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>		

Terapija kod otpusta (navesti detalje)	Napomena (ukoliko je potrebno)	Primalja	Datum/sat (24h)
DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			

Poslijeporođajna kontrola (U slučaju komplikacija javiti se u hitnu ginekološku ambulantu)	Napomena (ukoliko je potrebno)	Primalja	Datum/sat (24h)

--	--	--	--

Posebne napomene vezano za babinjaču:

Primalja:

Datum:

Sat otpusta:

---

Popunjava primalja koja otpušta babinjaču.









Prilog 7.5. – Ljestvice i skale

**DODATNE LISTE ZA PRAĆENJE**

**LJESTVICE I SKALE**

**GLASGOW KOMA SKALA**

Reakcija	Opis	Bodovi
<b>OTVARANJE OČIJU</b>	Spontano	4
	Na govor	3
	Na bolni podražaj	2
	Ne otvara oči	1
<b>NAJBOLJA VERBALNA REAKCIJA</b>	Orijentiran i razgovara	5
	Smeten	4
	Neprikladno	3
	Nerazumljivo	2
	Ne odgovara	1
<b>NAJBOLJA MOTORIČKA REAKCIJA</b>	Izvršava naloge	6
	Lokalizira bol	5
	Fleksija na bolni podražaj	4
	Abnormalna fleksija na bolni podražaj	3
	Ekstenzija na bolni podražaj	2
	Ne otvara oči	1
<b>UKUPNO</b>		

**MORSEOVA LJESTVICA**

Čimbenik	Opis	Bodovi
<b>Prethodni padovi</b>	Da	25
	Ne	0
<b>Druge med. dijagnoze</b>	Da	15
	Ne	0
<b>Pomagala pri kretanju</b>	Namještaj	30
	Štake, Štap, Hodalica	15
	Ne koristi pomagala, mirovanje u krevetu, kretanje uz pomoć, kolica	0
	Infuzija	20
	Ne	0
<b>Stav/premještanje</b>	Oštećenje (nestabilan, poteškoće pri uspravljanju tijela)	20
	Slab	10
<b>Mentalni status</b>	Normalan/miruje u krevetu/nepokretan	0
	Zaboravlja ograničenja	15
	Orijentiran u odnosu na vlastitu pokretljivost	0

**U svrhu procjene rizika za pad preporuča se Morseova ljestvica. Mogući raspon bodova je od 0 do 125. Dobiveni rezultat interpretira se na slijedeći način:**

**0-24: nizak rizik  
25-44: umjeren rizik  
> 44: visok rizik**

**SKALA ZA PROCJENU STUPNJA TJESKOB**

	N E	POVR EMEN O	Č E S T O	STA LN O
<b>Osjeća se nervozno</b>	⊙	1	2	3
<b>Ne može se prestati brinuti</b>	⊙	1	2	3
<b>Ima problema sa relaksacijom</b>	⊙	1	2	3
<b>Osjeća strah da će se nešto strašno dogoditi</b>	⊙	1	2	3

**Dobiveni rezultat interpretira se na slijedeći način:**

**0: nema tjeskobe  
1-3: niski stupanj tjeskobe  
3-6: srednje visok stupanj tjeskobe  
7-12: visok stupanj tjeskobe**

**Glasgow koma skala koristi se u svrhu procjene svijesti na osnovi otvaranja očiju te verbalne i motorne reakcije. Mogući raspon bodova je 3-15, a pritom veći broj bodova ukazuje na višu razinu svijesti. Manje od 8 bodova ukazuje na tešku ozljedu glave**

**DODATNE LISTE ZA PRAĆENJE**

**LJESTVICE I SKALE**

**BRADEN SKALA ZA PROCJENU SKLONOSTI NASTANKA DEKUBITUSA**

BODOVI	SENZORNA PERCEPCIJA	VLAŽNOST	AKTIVNOST	POKRETLJIVOST	PREHRANA	TRENJE I SMICANJE
<b>1</b>	<b>KOMPLETNO OGRANIČENA</b> Ne reagira na bolne podražaje uslijed poremećaja stanja svijesti ili je ograničena sposobnost osjeta bola na većem dijelu tijela.	<b>KOŽA STALNO VLAŽNA</b> Koža je gotovo stalno vlažna (znoj, urin). Vlažnost se zamjećuje pri svakom okretanju pacijenta.	<b>U POSTELJI</b> Pacijent je stalno u postelji.	<b>POTPUNO NEPOKRETAN</b> Pacijent ne mijenja samostalno položaj tijela ili ekstremiteta nimalo (bez pomoći).	<b>VRLO SLABA</b> Nikada ne pojede cijeli obrok. Rijetko pojede više od pola obroka. Jede dva ili manje obroka proteina. Slab unos tekućine. Ne uzima tekuće dijetne dodatke, na nihilu je, bistra tekuća djeta ili infuzija više od 5 dana.	<b>PRISUTAN PROBLEM</b> Zahtjeva umjerenu do veliku pomoć pri kretanju. Kompletno dizanje bez klizanja po plaktama je nemoguće. Često isklizne u postelji ili stolici. Zahtjeva česte promjene položaja s maksimalnom pomoći. Spastičnost, kontrakture ili agitiranost dovode gotovo uvijek do konstantnog trenja.
<b>2</b>	<b>VRLO OGRANIČENA</b> Reagira samo na bolne podražaje. Bol iskazuje jaukanjem i nemirom. Ili je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje pacijentovu sposobnost osjeta bola ili nelagodu u većem dijelu tijela.	<b>KOŽA VRLO VLAŽNA</b> Koža je često, ali ne uvijek vlažna. Posteljina je potrebno promijeniti barem jednom tijekom smjene.	<b>U STOLICI</b> Sposobnost hodanja je vrlo ograničena ili ne može hodati. Potrebna je pomoć za premještanje na stolicu ili u kolica.	<b>VRLO OGRANIČENA</b> Povremeno učini male promjene položaja tijela ili ekstremiteta, ali ne može samostalno učiniti značajnije promjene položaja ili učestalo mijenjati položaj tijela.	<b>VJEROJATNO NEADEKVATNA</b> Rijetko pojede cijeli obrok, obično pojede pola ponuđenog obroka. Dnevno unese tri obroka proteina. Povremeno uzima dijetne suplemente ili prima manje od potrebne tekuće dijete ili hrane putem NG sonde.	<b>POTENCIJALAN PROBLEM</b> Malaksao pri kretanju ili zahtjeva minimalnu pomoć. Tijekom kretanja koža vjerojatno klizi po plaktama, stolici i sl. Održava relativno dobar položaj u stolici ili postelji većinu vremena, ali povremeno isklizi.
<b>3</b>	<b>LAGANO OGRANIČENA</b> Reagira na verbalne podražaje, ali ne može uvijek iskazati nelagodu ili potrebu da ga se okrene. Ili je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje pacijentovu sposobnost osjeta bola ili nelagodu u jednom ili dva ekstremiteta.	<b>KOŽA POVREMENO VLAŽNA</b> Koža je povremeno vlažna. Posteljina je potrebno dodatno promijeniti jednom tijekom dana.	<b>POVREMENO ŠEĆE</b> Povremeno šeće tijekom dana, ali na vrlo kratkim udaljenostima sa ili bez pomoći. Provodi veći dio smjene u postelji ili stolici.	<b>LAGANO OGRANIČENA</b> Pravi učestalo male promjene dijelova tijela i/ili ekstremiteta samostalno.	<b>ADEKVATNA</b> Jede više od polovine obroka. Dnevno unosi 4 jedinice proteina. Povremeno odbija obroke, ali uzima suplemente kada su ponuđeni. Hrani se putem NG sonde ili TPP, što vjerojatno zadovoljava većinu prehrambenih potreba.	<b>NEMA PROBLEMA</b> U postelji ili stolici. Kreće se samostalno i ima dovoljno mišićne snage za ustajanje. Održava dobar položaj u postelji ili na stolici.
<b>4</b>	<b>BEZ OŠTEĆENJA</b> Reagira na verbalne podražaje. Nisu prisutna senzorna oštećenja, može iskazati bol i nelagodu.	<b>KOŽA JE RIJETKO VLAŽNA</b> Koža je obično suha. Posteljina se rutinski mijenja.	<b>ČESTO ŠEĆE</b> Barem dva puta tijekom smjene šeće izvan sobe; te po sobi barem jednom svakih 2 sata tijekom dana.	<b>BEZ OGRANIČENJA</b> Pravi velike i česte promjene položaja samostalno.	<b>ODLIČNA</b> Pojede gotovo većinu svakog obroka. Nikada ne odbija obrok. Unosi 4 i više jedinica obroka proteina dnevno. Povremeno jede između obroka. Nisu potrebni suplementi.	

Raspon bodova kreće se od 6 do 23. Manji broj bodova označava veći rizik: **19-23: Nema rizika, 15-18: Prisutan rizik, 13-14: Umjeren rizik, 10-12: Visok rizik, 9 i manje: Vrlo visok rizik.**

## DODATNE LISTE ZA PRAĆENJE

MBU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## PROCJENA BOLA

Ime i prezime:

Odjel:

## LEGENDA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bez bola	Podnošljiva bol			Jak bol			Vrlo jak bol			Nepodnošljiv bol

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
<b>OPIS BOLA:</b> 1. Oštar bol 2. Žareći bol 3. Pulsirajući bol 4. Grčeviti bol – kolike 5. Šijevajući bol 6. Šetajući bol	7. Na pritisak 8. Na lupkanje 9. Na dodir 10. Spontano	<b>VRIJEME JAVLJANJA:</b> 1. Neočekivano 2. U kretanju 3. U mirovanju 4. Kratko poslije jela 5. Danju 6. Noću						<b>REAKCIJA NA BOL:</b> 1. Mirovanje 2. Plakanje 3. Blijedilo kože 4. Znojenje 5. Mučnina/povraćanje 6. Širenje zjenica			<b>TRAJANJE BOLA:</b> 1. Akutno 2. Kronično  <b>UČESTALOST:</b> 1. Kontinuirano 2. Često 3. Povremeno		

Primalja:

Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:											

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:											

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:											

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:											

Primijeniti kod pacijenata koji imaju učestali ili trajni bol. Ritam praćenja određen je planom primaljske skrbi. Treba upisati primjenu analgetika, provedene postupke i evaluaciju.