**Kế hoạch chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp**

**1. Hành Chính**

Họ tên BN ( viết in hoa) : Tuổi: …………………..Giới:

Khoa :

Số buồng:…………………………………. Số giường:

Nghề nghiệp:

Địa chỉ:

Ngày vào viện: (viết rõ ngày giờ vào viện)

Chẩn đoán điều trị: ( chẩn đoán bệnh của bác sỹ)

Chăm sóc: Chăm sóc bệnh nhân + chẩn đoán bệnh của bác sỹ + ngày thứ mấy vào viện.

( nếu là bệnh nhân nhi thì phải có thêm phần họ tên bố hoặc mẹ, nghề nghiệp)

**2. Nhận Định Tổng Quan**

**Lý do vào viện** ( ghi triệu chứng cơ bản nhất, khó khăn nhất khiến bệnh nhân phải vào viện).

**Quá trình bệnh lý:**

(Quá trình bệnh lý trong kế hoạch chăm sóc là một quá trình từ khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến hiện tại lúc nhận định bệnh nhân, còn trong bệnh án thì chỉ từ đến lúc vào viện )

Cấu trúc:

– Thời gian xuất hiện những triệu chứng đầu tiên hoặc việc dẫn đến triệu chứng đó + diễn biến các triệu chứng như thế nào + đã được xử trí như thế nào( cả ở nhà và các cơ sở y tế tuyến trước) + đưa vào viện ( vào khoa nào) trong tình trạng như thế nào + được xử trí ( hướng điều trị) ra sao + tình trạng hiện tại bệnh nhân như thế nào.

**Tiền sử:**

– Bản thân

+ Tiền sử bệnh tật trước đó ( nếu có phải viết rõ được điều trị như thế nào, kết quả ra sao)

+ Tiền sử dị ứng thuốc ( nếu không phát hiện thì ghi ( chưa phát hiện tiền sử dị ứng thuốc)).

– Gia đình: có mắc bệnh lý liên quan hay không.

**Nếu là bệnh nhân nhi thì gồm các phần:**

– Bản thân;

+ Sản khoa: (con thứ mấy, đẻ đủ tháng hay non tháng, đẻ thường hay kiểu đẻ nào khác, cân nặng lúc đẻ).

+ Dinh dưỡng: (bú mẹ hoàn toàn trong thời gian bao lâu, ăn bổ xung bắt đầu khi nào, hiện tại còn bú mẹ hay không ăn uống như thế nào.)

+ Tiêm chủng:( các mũi vaccine đã được tiêm)

+ Bệnh tật: Tiền sử bệnh tật trước đó ( nếu có phải viết rõ được điều trị như thế nào, kết quả ra sao) . Tiền sử dị ứng thuốc ( nếu không phát hiện thì ghi ( chưa phát hiện tiền sử dị ứng thuốc)).

– Gia đình: (có mắc bệnh lý liên quan hay không).

**3. Nhận Định Hiện Tại ( Ghi Rõ Ngày Giờ Nhận Định).**

**Toàn trạng:**

– Bệnh nhân tỉnh hay mê, tiếp xúc tốt ko, ( nếu có chấn thương ở đầu thì nhận định cả thang điểm glasgow).

– Tình trạng da , niêm mạc.

– Thể trạng ( viết rõ chỉ số BMI đối với người lớn, viết rõ độ tuổi , cân năng đối với bệnh nhi( tính theo biểu đồ phát triển dinh dưỡng, hoặc biểu đồ tăng trưởng)).

– Tình trạng phù , xuất huyết dưới da( có thể có, có thể không viết nếu ko bất thường).

– Tuyến giáp to hay không, hạch ngoại vi sờ thấy hay không ( có thể có ,có thể không viết nếu ko bất thường).

– Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở ( mạch , huyết áp , nhịp thở co thể cho vào phần nhận định của từng cơ quan).

Sau phần toàn trạng nếu là bệnh nhân ở khoa ngoại có vết thương thì sẽ có thêm một phần là:

Tình trạng vết thương: (mô tả rõ đặc điểm của vết thương hiện tại.)

**Cơ quan:( theo thứ tự ưu tiên).**

Nhận định theo cấu trúc gồm ( hỏi bệnh-thăm khám nhìn – sờ – gõ – nghe). ( cách khám cơ quan mọi người tham khảo thêm trong bài khám lâm sàng từng cơ quan nha, nhiều trường hợp các thăm khám điều dưỡng sẽ cho các kết quả giống thăm khám của bác sỹ, nhưng bác sỹ chẩn đoán là để đưa ra hướng diều trị, diều dưỡng chẩn đoán là dể xác định các nguyên nhân gây ra các vấn đề khó khăn của bệnh nhân, từ đó đưa ra chăm sóc phù hợp, chăm sóc khi biết nguyên nhân sẽ cho hiệu quả tốt hơn chăm sóc mà không rõ nguyên nhân).

\_Tuần hoàn:

– Hô hấp:

– Tiêu Hóa:

– Thận - tiết niệu- sinh duc:

– Thần kinh:

– Cơ xương khớp:

– Cơ quan khác:( là các cơ quan ko thuộc các cơ quan trên, nếu ko có bệnh lý gì thì viết ( chưa phát hiện dấu hiệu bệnh lý)).

**4. Các Vấn Đề Khác**

– Dinh dưỡng: (ghi rõ ràng số lần ăn số lượng thức ăn, kể cả các thức ăn vặt)

– Tinh thần:

– Vệ sinh:

– Vận động:

– Kiến thức:

**Cận lâm sàng:**

Ghi lại các kết quả cân lâm sàng bất thường ( có cả mũi tên ký hiệu là chỉ số đó là tăng hay giảm so với bình thường đối với các xét nghiệm tế bào và hóa sinh).

**Y lệnh**

– Y lệnh thuốc: ( ghi rõ tên thuốc, số lượng, đường dùng, thời gian dùng thuốc)

– Y lệnh khác: (y lệnh chăm sóc cấp mấy, y lệnh thở oxy, hút đờm dãi…..)

**5. Chuẩn Đoán Và Chăm Sóc**

(Đặc trưng là chăm sóc theo triệu chứng hoặc nhu cầu cơ bản thứ tự theo vấn đề ưu tiên)

Cấu trúc: vấn đề + liên quan đến + yếu tố liên quan( nguyên nhân).

Chú ý: thông thường phần y lệnh thuốc sẽ không được đưa thành một chẩn đoán chăm sóc, các thuốc được thực hiện sẽ được viết vào phần thực hiên y lênh thuốc của từng vấn đề chăm sóc).

**6. Thực Hiện KHCS**

– Vấn đề chăm sóc (lấy trên phần chẩn đoán chăm sóc)

– Lập kế hoạch CS

+ mục tiêu chăm sóc( bên dưới sẽ ghi các công việc để thực hiện được mục tiêu theo thứ tự : các can thiệp điều dưỡng độc lập làm , sau đó đến y lệnh, sau đó đến theo dõi)

– Thực hiện KHCS

+ ghi rõ giờ thực hiện và chi tiết các công việc đã làm.

– Đánh giá: đánh giá vấn đề CS sau khi đã thực hiện các công việc

+ Đặt tư thế – 7h: Cho bệnh nhân nằm ở tư thế đầu cao, nằm ngửa hoặc nghiêng sang một bên. Thay đổi tư thế 2h /lần

+ Hướng dẫn uống nhiều nước ấm ……………….

+ Vỗ rung ……………….

………….. – 7h: Cho bệnh nhân nằm ở tư thế đầu cao, nằm ngửa hoặc nghiêng sang một bên. Thay đổi tư thế 2h /lần……………………..

Khi làm một bản kế hoạch chăm sóc, điều dưỡng chỉ được tham khảo 3 phần trong bệnh án:

• Chẩn đoán y khoa.

• Cận lâm sàng.

• Y lệnh ( y kệnh thuốc, y lệnh khác).