

## [도토리하우스 어린이 정보 공유 시트]

- ※ 이 시트는 도토리하우스 사전 외래시 어린이의 일상 생활 및 가족의 돌봄 방법 등을 자세히 파악하기 위하여 작성합니다. **불명확한 사항은 공란으로 남겨주셔도 됩니다.**
- ※ 이 시트에 포함된 사항 외에도 케어의 순서 등 아이의 일상 생활, 놀이 기록이 있으면 지참해주세요.
- ※ 아이의 돌봄과 관련된 사진 및 영상 (30초 이상)은 도토리하우스 관리자에게 카톡으로 전송 부탁드립니다. (예 : 편안할 때, 힘들어할 때 모습, 편안한 자세, 밥먹을 때 자세 등)
- ♣ 도토리하우스 관리자 H.P. 010-6697-8172

이름	(남 /여 )	주 진료 병원 / 주 진료과(의사명)
생년월일		<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>
환자번호		

◆ 작성일시 :       년    월    일

아동에 대한 정보	
기본정보	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 키           cm</li> <li>• 몸무게       kg</li> <li>• 알레르기 여부 ( <input type="checkbox"/> 유   <input type="checkbox"/> 무)</li> <li>- 약명 :</li> <li>- 음식 : ex. 바나나, 베리류 등</li> <li>- 기타 : ex. 듀오덤 알러지, 꽃가루 등</li> </ul>
기본 활력징후	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강할 때 기준 활력징후 및 반응                체온(      ), 맥박(   ), 산소포화도(   )                이산화탄소(   )                기타 반응( ex. 편안할 때 미소를 짓고 소리를 냅니다.    )</li> <li>• 상태 나쁠 때 기준 활력징후 및 반응                체온(      ), 맥박(   ), 산소포화도(   )                이산화탄소(   )                기타 반응(    )</li> <li>• 체온 조절 주의사항 (사용물품)                - 여름 :                - 겨울 :  <li>• 기타 특이사항 : ex. 평상시 체온이 35도대 낮아 여름에도 이불을 덮어두어야 합니다.</li> </li></ul>
호흡	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인공호흡기 사용 ( <input type="checkbox"/> 유   <input type="checkbox"/> 무), 기기명 : _____</li> <li>- 인공호흡기 모드 : 불명확시 공란 , 세팅 : 불명확시 공란                모니터링 수치 : _____</li> <li>- 장착시간 : 24시간 / ____시 ~____시 / 기타</li> <li>- 호흡기 탈착 가능 여부 ( <input type="checkbox"/> 유(      시간   분 ) / <input type="checkbox"/> 무 )</li> <li>- 인공호흡기 관련 추가정보 : ex. 인공호흡기는 목욕시에만 떼고 있습니다. 목욕할 때 인공호흡기를 떼고 산소를 5리터 틀어줍니다.</li> </ul>

- 산소사용 (  유  무 )
    - 유량 : 리터/분
    - 특이사항 : 산소포화도가 90% 초반 유지시에만 간헐적으로 들어줍니다..
  - 기관절개관 (  유  무 )
    - 캐놀라 종류 : \_\_\_\_\_ , 캐놀라 사이즈 : \_\_\_\_\_  
 컵프 풍선 : cc, 컵프 압력 : 의료진 작성
    - 캐놀라 교환 빈도 : \_\_\_\_\_
    - 드레싱 소독제 종류 : ex. 헥시콜 등 , 제품 종류 : ex. 튜브가드, 부직포 거즈 등  
 교환 빈도 : \_\_\_\_\_
  - 기침유발기 (  유  무 )
    - 실시시간 :
    - 횟수설정 : ( 회, \_\_\_세트) 기타:( )
  - 석션여부 (  유  무 )
    - 석션카테터 크기 ( ) Fr - 평상시 석션 횟수 : 깨어있을 때는 1-2시간마다
    - 저압석션기 사용 유 / 무
- |       |                 |
|-------|-----------------|
| 기관절개관 | 하루 약 ___ 회, 양상: |
| 입     | 하루 약 ___ 회, 양상: |
| 코     | 하루 약 ___ 회, 양상: |
- 네블라이저 여부 (  유  무 )
    - 약물 \_\_\_\_\_ 하루 \_\_\_ 회
    - 약물 \_\_\_\_\_ 하루 \_\_\_ 회
  - 비인두 튜브(에어웨이) 사용 (  유  무 )
    - 사이즈/삽입길이 : \_\_\_\_\_
  - 스피킹 밸브 사용 여부 (  유  무 )
  - 기타 호흡관련 특이사항 : ex. 깨어있을 때 침이 매우 많아져서 수건을 받쳐둡니다.  
 e 피넛마사지 건+팜컵 부착하여 가래 쌓이지 않도록 수시로 두드려 주고 있습니다.

영양  
(장관)

- 경구 섭취 (  유  무 )
- 식사형태
  - 일반 밥 / 일반 죽 / 수분이 넉넉한 죽 / 기타형태 ( )
  - 덩어리 형태 (보통 / 한입크기로 자른 것 / 잘게썬 것 / 부드러운 것 / 기타형태 ( )
- 경구 섭취시 수분섭취 방법 : 컵 / 스트로우 / 손가락 / 기타( )
- 점도증진제 사용 (  유  무 ), 점도 뭉기 : \_\_\_\_\_
- 기타 특이사항 : ex. 1회에 입으로 이유식 3손가락 정도 먹는 것 가능합니다. 캐놀라로 음식이 나오기도 합니다.

• **경관영양**

- 위관(L-tube) - 입, 코 / 위소장관(NJ)/ 위루관(PEG) / 소장영양 (PEGJ)
- 카테터 종류 : \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_cm, 위루관 balloon\_\_\_\_\_cc, \_\_\_\_\_cm(긴 위루관)
- 고정 테이프 종류 : \_\_\_\_\_
- 드레싱 교환빈도 : 매일 / 오염시 / 기타 ( \_\_\_\_\_ )
- 식사 종류/시간/속도/양 + 물

종류	먹는 시간	주입시간 ※ 펌프사용시 속도	주입량	기타
그린비아 키즈	오전 09:00	1시간	200ml	
물	식후	5분	100ml	
링거라이트				

- 하루 총 유동식 양 : \_\_\_\_\_ml
- 하루 총 물 양 : \_\_\_\_\_ml
- 기타( \_\_\_\_\_ ) 양 : \_\_\_\_\_ml
- 첨가제 : ex.. 종합비타민, 유산균을 10시에 밥에 섞어서 먹임.
- 기타 특이사항 :  
: ex..밥먹을 때 상체를 60도 세워서 먹입니다. (영상지참)

주사경로  
및  
정맥영양

- 주사경로 여부  유  무
- 종류 : 히크만 카테터/ 브로비아 카테터 / 케모포트 / 말초삽입형 중심정맥관
- 마지막 헤파린 교환 일자 :
- 중심정맥관 삽입부위 드레싱 주기 \_\_\_\_\_마다, 마지막 드레싱 일자 \_\_\_\_\_
- 드레싱 재료 : \_\_\_\_\_
- 특이사항 :
- 가정용 정맥영양 여부  유  무
- 기타사항 :  
※ 수액 투여 스케줄 및 관련내용 지참 후 입실하여 담당간호사와 재확인

배뇨

- 배뇨방법 : 화장실 사용 / 기저귀 배뇨 / 도뇨 / 방광루(유/무)
- 배뇨(기저귀 교환) 횟수 : 하루 \_\_\_\_\_회
- 단순도뇨 횟수 : \_\_\_\_\_시간 간격,  
도뇨시 사용하는 카테터 크기 : \_\_\_\_\_Fr, 종류\_\_\_\_\_
- 유치도뇨 : \_\_\_\_\_Fr. \_\_\_\_\_cc balloning
- 기타 특이사항 : ex..소변볼 때 힘주면서 강직이 보이기도 합니다.  
ex..평소에도 소변에서 냄새가 납니다. 하얀가루가 묻어나옵니다.

<p>배변</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 배변방법 : 자가배변 _____, 하루 횟수 ex. 2 -3일에 한번 배변양상 _____, 마지막 배변일</li> <li>• 배변완화제 사용 여부 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무, 종류 _____, 복용 용량 및 횟수 : _____</li> <li>• 장루 : 하루 _____ ML</li> <li>• 기타 특이사항 : ex. 3일째 대변 보지 않으면 관장 10cc 시행</li> </ul>
<p>피부 위생</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 피부관리 (연고 등) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 얼굴( _____ ), 기관절개관( ex. 에스로반 매일 _____ ),</li> <li>- 음부( _____ ), 전신( ex.매일 바디 로션 _____ ),</li> <li>위루관 부위( ex. 비판텐 _____ ), 기타( _____ )</li> </ul> </li> <li>• 머리위생 : ex. 노비프록스 샴푸 3일에 한번씩 사용합니다.</li> <li>• 눈 관리 : _____</li> <li>• 목욕시 주의사항 :</li> <li>• 치아 : 흔들리는 치아 여부 <input type="checkbox"/> 유 (입실시 위치 확인), <input type="checkbox"/> 무</li> <li>• 기타 특이 사항 : ex. 고개를 돌리면서 왼쪽 얼굴이 빨갛게 됩니다.</li> </ul>
<p>수면</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 수면시간 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 낮잠 : _____ 시 ~ _____ 시</li> <li>- 야간 수면시 체위변경 : 필수 / 중간에 깰 때만 / 불필요</li> </ul> </li> <li>• 기타 특이 사항 : ex. 수면주기가 불명확하여 밤에 침분비가 많습니다.</li> </ul>
<p>활동 (※사진 첨부)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 움직임 : 보행가능 / 잡고 서있기 가능 / 앉을 수 있음 / 지지가 있으면 앉을 수 있음 / 누워지냄</li> <li>• 이동시 참고사항 : _____</li> <li>• 체위 변경시 참고사항 : ex. 옆으로 완전히 눕히는 것은 불편해하여 20도 정도만 세워줍니다.</li> <li>• 보조기기 사용 여부 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 착용방법 : _____</li> </ul> </li> <li>• 근골격 관련 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 골절력 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 - 탈구 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무, 탈구되기 쉬운 부위 : _____</li> <li>- 고관절 X-ray 촬영일 : 불명확시 공란</li> </ul> </li> <li>• 강직 유무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 부위 : ( _____ )</li> <li>- 강직유발요인 :</li> <li>- 강직지속시간 :</li> <li>- 강직완화요인 :</li> </ul> </li> <li>• 관절운동 : 관절 움직임 범위 제한 (예 / 아니오) - 부위 : _____ 특이사항 : ex. 무릎관절은 150도 정도만 펴집니다.</li> </ul>
<p>통증</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 통증 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 통증 행동양상 : ex. 기저귀 교환시 통증이 있습니다.</li> <li>- 통증(예상)부위 : ex. 오른쪽 고관절(탈구 있음)</li> <li>- 통증완화 요인 :</li> <li>- 특이사항 :</li> </ul> </li> </ul>

경련	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 경련력 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</li> <li>- 발작형</li> <li>- 빈도</li> <li>- 양상</li> <li>- 지속시간</li> <li>- 평소 대응방법</li>   <li>• 기타 특이사항 :</li> </ul>
발달 및 의사표현	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시각, 청각 관련사항 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 시각 ( 반응 있음 / 반응 없음 / 알수 없음)                     안경 착용 (유, 무)</li> <li>- 청각 ( 들을수 있음 / 들을수 없음 / 알수 없음)                     보청기 착용 (유 무)</li> </ul> </li>   <li>• 의사표현 방법 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 긍정적 반응 ( ex.. 불빛을 좋아하여 계속 쳐다봅니다.                     )</li> <li>- 부정적 반응 ( ex.. 눈을 맞추지 않고 피합니다.                     )</li> </ul> </li>   <li>• 집단 활동에 있어 조심해야 할 부분 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 자세 : ex.. 앉은자세도구에 앉아있을 때 가장 좋아합니다. 누워있을 때를 가장 편안해합니다.</li> <li>- 소리 : ex.. 큰 소리에 놀라고 예민합니다.</li> <li>- 빛 :</li> </ul> </li> <li>• 기타 특이 사항 :</li> </ul>

**추가요청 사항**

※ 추가 요청 사항을 아래 자유롭게 적어주세요.

복용약 (※현재 복용중인 약의 처방전을 반드시 지참해주세요)

※ 처방 진료과별로 복용약을 작성해주세요. (진료과명 - 약명 - 용량 - 횟수)

※ 복용중인 약물의 시간을 함께 작성 부탁드립니다.

ex.1. 신경과

1) 디아제팜 - 2mg - 하루 세 번 - (오전 8시, 오후 2시, 오후 10시)

2) 클로나제팜 - 0.8mg - 하루 한 번(자기 전) - (오후 10시 )

2. 내분비내과

1) 하이드로코티손 - 4mg - 하루 세 번 - (오전 8시, 오후 2시, 오후 10시)

도토리하우스 돌봄계획 (※면담 후 의료진 작성)