

.....
(Pieczęć podmiotu leczniczego)

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku-numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem.....
- zakładanie zgłębnika.....
- inne niewymienione.....

b) higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie-toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheotomijnej.....
- inne niewymienione.....

c) oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik.....
- inne niewymienione.....

d) oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja stomii.....
- wykonywanie lewatyw i irygacji.....
- inne niewymienione.....

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą.....
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności.....
- inne niewymienione.....

f) rany przewlekłe

- odleżyny.....
- rany cukrzycowe.....
- inne niewymienione.....

g) oddychanie

wspomagane.....

**h) świadomość pacjenta: tak/nie/z
przerwami***.....

i) inne.....

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel/****.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

.....
(Pieczęć podmiotu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza