

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 tracheostomijnej.....
- ☐ 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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”