

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 wymienione.....

d) Oddawanie stolca

-samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ Pielęgnacja stomii.....
- ☐ Wykonywanie lewatywy i irygacji.....
- ☐ Inne wymienione.....

e) Przemieszczanie pacjenta

-samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ Z zaawansowaną osteoporozą.....
- ☐ Którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności.....
- ☐ Inne wymienione.....

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/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....

Miejscowość, data

.....

podpis oraz pieczęć lekarza

*niepotrzebne skreślić