

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 opis)

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
 Miejscowość, data

.....
 Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić