

WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL

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

a) odżywanie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

karmienie przez gastrostomy lub zgłębnik.....

karmienie pacjenta z zaburzonym potykaniem

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 nie wymienione.....

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 przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U.Nr 205, poz 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm), zastępuje skalę Barthel

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