

.....
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 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)

.....
Pieczęć podmiotu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis oraz pieczęć lekarza)

* Niepotrzebne skreślić.