



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 pielęgniarce,
albo imię i nazwisko pielęgniarce
jej podpis oraz numer wykonywania
zawodu



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ,
albo imię i nazwisko lekarza
jego podpis oraz numer wykonywania
zawodu