

WYWIAD PIELEGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

I. WYWIAD PIELEGNIARSKI

<p>..... Imię i nazwisko</p> <p>..... Adres zamieszkania:</p>	<p>Pesel: _____</p>
---	---------------------

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

a)	odżywianie – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*
<input type="checkbox"/>	karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....
<input type="checkbox"/>	karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem.....
<input type="checkbox"/>	zakładanie zgłębnika.....
<input type="checkbox"/>	inne niewymienione.....
b)	higiena ciała – samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*
<input type="checkbox"/>	w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej.....
<input type="checkbox"/>	inne niewymienione
c)	oddawanie moczu – samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*
<input type="checkbox"/>	cewnik <input type="checkbox"/> inne niewymienione.....
d)	oddawanie stolca – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*
<input type="checkbox"/>	pielęgnacja stonii.....
<input type="checkbox"/>	wykonywanie lewatyw i irygacji.....
<input type="checkbox"/>	inne niewymienione.....
e)	przemieszczanie pacjenta – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*
<input type="checkbox"/>	z zaawansowaną osteoporozą.....
<input type="checkbox"/>	którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności.....
<input type="checkbox"/>	inne niewymienione.....
f)	rany przewlekłe
<input type="checkbox"/>	odleżyny.....
<input type="checkbox"/>	rany cukrzycowe.....
<input type="checkbox"/>	inne niewymienione.....
g)	oddychanie wspomagane:
h)	świadomość pacjenta: tak / nie / z przerwami*
i)	inne
Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **/**	

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

II. 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. ** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. 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 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. *** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

.....
pieczęć i podpis pielęgniarki