

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL Nr dowodu osobistego

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 tracheotomijnej

inne niewymienione

c) oddawanie moczu

- samodzielnie /przy pomocy/ utrudnienia*

cewnik

inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- samodzielne/ przy pomocy /utrudnienia*

pielęgnacja stomii

wykonanie lewatywy i irygacja

inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielnie/ 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, dnia

.....
Podpis i pieczętka pielęgniarki

Pieczętka nagłówkowa

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że w/w osoba Pani/Pan
wymaga / nie wymaga* skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Hajnówce.

.....
Miejscowość, dnia

.....
Podpis oraz pieczętka 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 których 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 ocenę skalą BARTHEL

***w przypadku dzieci do ukończenia 3. Roku życia wpisać: nie ma zastosowania.