

**WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE****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

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

Miejscowość, data

Podpis oraz pieczęć lekarza

\* Niepotrzebne skreślić