

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