

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego/praktyki lekarza

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane świadczeniobiorcy

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL/nr dowodu

.....

Czy Pacjent posiada opiekuna prawnego? Jeżeli tak, proszę o podanie jego tożsamości, adresu i nr telefonu kontaktowego.

Opiekun prawny/opiekun faktyczny*:

.....

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. 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.....
- wykonanie 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) rany przewlekłe

2. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **/**

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

WYWIAD I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

I. Wywiad

Czy Pacjent jest przytomny i zachowuje kontakt słowno-logiczny?

.....

Główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki

.....

.....

Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

.....

.....

Schorzenia współistniejące:*

.....

a) choroba zakaźna tak – nie, jeśli tak to jaka?

b) gruźlica tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak – nie

c) narkomania tak - nie

d) choroba psychiczna tak – nie, jeśli tak, to jaka.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost..... ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

.....

2. Układ oddechowy

.....

3. Układ krążenia: wydolny-niewydolny*), ciśnienie krwi.....tętno/min

.....

4. Układ trawienia

.....

5. Układ moczowo-płciowy

.....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....

8. Inne informacje

.....

9. Leki przyjmowane przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych

I.p.	Nazwa leku	Postać leku	Dawkowanie

10. Leczenie pacjenta w ramach AOS

I.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

- całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji*
- w chwili badania nie wymaga hospitalizacji,
- wymaga /nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

.....

Data

.....

podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić