

.....
Pieczęć przychodni / szpitala

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL, a przypadku jego braku - nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

a) odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- Karmienie przez gastrostomie lub zgłębnik
- Karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- Zakładanie zgłębnika
- Inne nie wymienione

b) higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie - toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheotomijnej
- inne nie wymienione

c) Oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik
- inne nie wymienione

d) Oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja Stomil
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne nie wymienione

e) Przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne nie wymienione

• Rany przewlekłe

• Odleżyny

• Rany cukrzycowe

• Inne nie wymienione

f) Oddychanie wspomagane

g) Świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*

h) Inne

3. Liczba punktów uzyskana w skali Barthel

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

*Niepotrzebne skreślić