Pieczęć jednostki kierującej

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI**

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):

1. **odżywianie:**

* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***

karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik …………………………….........................…

karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem……………………............……............…

zakładanie zgłębnika..................................………………............………..……….….......

Inne niewymienione ………………………………............……………….………...........

1. **higiena ciała**

* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***

w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie - toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostornijnej....…………...........................

inne niewymienione …………........………………………...........…………....................

1. **oddawanie moczu**

* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***

cewnik

inne niewymienione ………………………………………………….………….......……

1. **oddawanie stolca**

* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***

pielęgnacja stomii ……………………………………………………………......……….

wykonywanie lewatyw i irygacji…………………………………………….....…………

inne niewymienione ……………………………………………………...………..…......

1. **przemieszczanie pacjenta**

* **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia\***

z zaawansowaną osteoporozą ……………………………………………................……

którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności ...................................................

inne niewymienione …………………………………………..........................................

1. **rany przewlekłe**

odleżyny …………………………......…………..………………………….......…………

rany cukrzycowe ……………………………………………………….......………………

inne niewymienione …………………………………………………........………………..

1. **oddychanie wspomagane** …………………………………………....……………..........
2. **świadomość pacjenta: tak/nie/ z przerwami\*** ……………….......………………………
3. **Inne** …………………………………………………………………………………….......

**3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel\*\*/\*\*\***

……………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….  Miejscowość, data | ………………………………………………………………………………….  Podpis oraz pieczęć pielęgniarki |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….  Miejscowość, data | ………………………………………………………………………………….  Podpis oraz pieczęć lekarza |

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadkach określonych wart. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 20 l I r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa wart. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późno zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\*W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: ,,nie ma zastosowania".