

**WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE****WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI**

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 tracheotomijnej \_\_\_\_\_

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
Podpis oraz pieczęć lekarza

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”