

**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

### **ZAŚWIADCZENIA 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