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)

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.....

□ 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.....

f) rany przewlekłe

□ odleżyny.....

□ rany cukrzycowe.....

□ inne nie wymienione.....

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 albo Imię i Nazwisko pielęgniarki,jej podpis oraz nr prawa wykonywania zawodu.