

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 w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o których mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r.Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel

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

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. odżywienie

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 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