



SKIEROWANIE DO DOMU OPIEKI CAŁODOBOWEJ

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania pacjenta

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL pacjenta, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie – w tym przyjmowane leki

.....

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał
pacjent

.....
Nazwa i adres placówki POZ pacjenta

.....

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia
zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane pacjenta

.....
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

c) oddawanie moczu

–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja stomii
- wykonanie lewatywy 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

WYSTĘPOWANIE ODLEŻYN

1. Umieszczenie:

.....

2. Proszę zakreślić stopień odleżyny .

- **Stopień I. Nie blednący rumień nie uszkodzonej skóry, zwiastujący powstawanie owrzodzenia.**

Nie wolno go mylić z reaktywnym przekrwieniem.

- **Stopień II. Zajęcie niepełnej grubości skóry z uszkodzeniem naskórka i warstwy skóry właściwej.**

- **Stopień III. Uszkodzenie lub martwica całej grubości skóry łącznie z tkanką podskórną, która się może szerzyć aż do powięzi, ale nie sięga pod nią.**

- **Stopień IV. Rozległe zniszczenie całej grubości skóry, martwica tkanek, a także uszkodzenia w tej okolicy mięśni, kości lub innych struktur anatomicznych.**

.....

(podpis pielęgniarki)