**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 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/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 którym 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”.