

niepotrzebne skreślić*

WYWIAD

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

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza