

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Szpitala Powiatowego w Gryfinie Zakładu Pielęgniacyjno-Opiekuńczego w Nowym Czarnowie

Data urodzenia: **PESEL**

Adres

I WYWIAD (główne dolegliwości, początek choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki);

.....
.....
.....
.....

II AKTUALNIE POBIERANE LEKI(nazwa, dawkowanie)

.....
.....
.....
.....

III BADANIE PRZEDMIOTOWE waga....., wzrost....., ciepłota ciała.....

1.układ oddechowy: wydolny-niewydolny
duszność :nie-tak, spoczynkowa-wysiłkowa; kaszel: nie-tak,
jaki?.....
plwocina: śluzowa- pienista- ropna-krwista;
rurka tracheotomijna: tak-nie,(rozmiar. data założenia).....

2. układ krążenia:

wydolny-niewydolny(stopień wg NYHA)....., RRmmHg , tętno/min.....
sinica: tak –nie, obwodowa- centralna; obrzęki(umiejscowienie).....
zaburzenia rytmu serca: tak-nie(jakie?).....
omdlenia: nie-tak(przyczyna).....

3.układ pokarmowy:

stan odżywienia: norma- otyłość- kacheksja ,BMIrodzaj diety.....
nietolerancje pokarmowe: tak-nie (jakie?).....
stomia:tak-nie,biegunki/zaparcia:tak-nie;.....
sonda: odżywcza- obarczająca : gastrostomia: nie-tak
nieoperacyjna niedrożność jelit tak-nie;
zmiany w jamie ustnej(jakie?).....

4.układ moczowo-płciowy:

diureza: norma- wielomocz- skąpomocz- bezmocz;
nietrzymanie moczu: tak-nie: przerost gruczołu krokowego-tak –nie;
zakażenie dróg moczowych: tak –nie;
upławy: tak-nie(przyczyna i rodzaj wydzieliny).....

5. układ ruchu:

ruchomość w stawach: pełna-ograniczona: osteoporoza: tak-nie:
złamanie kości: tak-nie(lokalizacja, data urazu, postępowanie- dotychczasowe i dalsze)
.....
.....

6. układ nerwowy i narządy zmysłów:

stan świadomości: pełna- ograniczona- chory nieprzytomny- stan wegetatywny
kontakt słowny: pełny, ataksja; kontakt logiczny: pełny-brak;
niedowład, porażenia: tak-nie(umiejscowienie).....
wzrok: prawidłowy- niewidzenie- jaskra
słuch: prawidłowy- niesłyszenie- głuchota- aparat słuchowy;
sen: prawidłowy- odwrócenie rytmu dobowego- bezsenność; pobudzenie psychoruchowe: tak-nie;

7. skóra: zaróżowiona- biała- zażółcona- sinica; czysta-brudna, sucha- wilgotna,
otarcie naskórka: tak- nie(lokalizacja).....
odparzenia; tak- nie(lokalizacja).....
owrzodzenia żyłakowe: tak- nie (umiejscowienie, stan owrzodzenia, leczenie)
.....
.....

8. odleżyny: tak- nie

Lokalizacja odleżyn.	Stopień zaawansowania	Rozmiar w cm2
Kość ogonowa i krzyżowa		
Kostka boczna (prawa- lewa)		
Kostka przyśrodkowa(prawa- lewa)		
Krętarz kości biodrowej(prawy- lewy)		
Pięta (prawa- lewa)		
Guz kulszowy(prawy- lewy)		
Inne obszary.....		

Dotychczasowe leczenie odleżyn:

.....
.....

IV. ROZPOZNANIE ZASADNICZE:.....

V. CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE:

- *Choroba zakaźna: tak- nie, jeśli tak to jaka?.....
- *Gruźlica: tak –nie, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym? Tak- nie
- *Narkomania/ alkoholizm; TAK- NIE
- * Choroba nowotworowa: tak- nie, jeśli tak to czy faza terminalna? Tak- nie
- * Choroba psychiczna: tak- nie, jeśli tak to jaka?.....

VI. ZAKRES OPIEKI MEDYCZNEJ: Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona:

- *Wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji: tak- nie
- * W chwili badania wymaga hospitalizacji: tak- nie
- * Proces diagnostyczno- terapeutyczny został zakończony: tak- nie

ZALECONY CZAS POBYTU W Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczym Psychiatrycznym- czasowy.....

.....

Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu lub jej opiekuna ustawowego

pieczęćka i podpis lekarza

*) właściwe zakreślić

