

WZÓR

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) 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.....