

# WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

## 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 lewatywy i irygacji.....
- ☐ inne niewymienione

### e) przemieszczanie pacjenta

#### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- ☐ z zaawansowaną osteoporozą.....
- ☐ którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności.....
- ☐ inne niewymienione.....

\*niepotrzebne skreślić

### 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.

.....  
/Miejscowość, dnia/

.....  
/Podpis oraz pieczęć lekarza/

\* niepotrzebne skreślić