

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.....