

Pieczęć jednostki kierującej

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

rany cukrzycowe

inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/ z przerwami*

i) Inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel/****

.....

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późno zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki