

WZÓR

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE PIEŁĘGNIARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKIE

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 gastronomię 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 **/**

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* 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 późn. zm.); zastępuje ocenę skalą Barthel.

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