

Oznaczenie świadczeniodawcy

SKIEROWANIE DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....
.....
.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

.....

odleżyny owrzodzenia troficzne rany przewlekłe

2. Układ oddechowy

.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny, ciśnienie krwi

tętno/min.....

4. Układ pokarmowy

.....

gastrostomia zgłębnik żołądka nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo - pęcherzowy

.....

nietrzymanie moczu cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

.....

leżący chodzący poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza - kod ICD - 10):

.....

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zlecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)