

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

SKIEROWANIE

DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

Nazwisko i imię 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 do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy

.....

☐ nie trzymanie moczu ☐ nie trzymanie stolca ☐ cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

.....

☐ leżący ☐ chodzący ☐ poruszający się z pomocą osób trzecich/ środków pomocniczych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....

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

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: pielęgnacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zlecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)