|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć podmiotu leczniczego | **NA PODSTAWIE**  rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)  z późniejszymi zmianami  **załącznik nr 2** |

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI**

**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\*\*/\*\*\*** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | *Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię i nazwisko pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu* |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | *Podpis oraz pieczęć lekarza*  *albo imię i nazwisko lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* 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”.