

.....
pieczęć świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

.....
miejscowość, data

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY PACJENTA PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:				
Nazwisko	Imię	Data urodzenia []-[]-[]-[]-[]-[]	Płeć K [] M []	Nr ewidencyjny PESEL [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Podstawa ubezpieczenia Zatrudnienie [] Renta [] Emerytura [] Inne []		Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego: []		
Adres zamieszkania:		Osoba bezpośrednio opiekująca się świadczeniobiorcą: (nazwisko, imię, stopień pokrewieństwa, telefon)		Instytucja opiekująca się świadczeniobiorcą: (nazwa, adres, telefon)
Nazwisko i imię lekarza poz:		Dane adresowe lekarza poz: (nazwa, adres, telefon)		
DANE O STANIE ZDROWIA ŚWIADCZENIOBIORCY: Zdrowy [] Chory []				
Wzrost:		Waga:		Nosicielstwo Hbs []
Występujące alergie:				
Nałogi: kawa [] papierosy [] alkohol [] inne (jakie?):				
Choroba zasadnicza:				
Choroby współistniejące:				
Główne dolegliwości:				
Przebyte choroby, operacje, urazy i wypadki:				
Przyjmowane leki:		Stosowany sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze:		

WYWIAD ŚRODOWISKOWO-ROZINNY:**Warunki bytowe:**

Mieszkanie ☐, na piętrze ☐, którym?, dom jednorodzinny ☐, dom wielorodzinny ☐, metraż, liczba izb, liczba osób wspólnie zamieszkujących, stopień pokrewieństwa

Mieszkanie: suche ☐, wilgotne ☐, widne ☐, ciemne ☐, słoneczne, nie słoneczne ☐, wodociąg ☐, studnia ☐, C.O. ☐, piec kaflowy ☐, kuchnia węglowa ☐, kuchnia gazowa (elektr.) ☐, WC w domu ☐, WC poza domem (mieszkaniem) ☐, łazienka ☐, udogodnienia (pralka, lodówka, telefon) ☐

Uwagi:

Zagrożenia rodziny, pracy i środowiska:

Rodzinne występowanie chorób: tak ☐, nie ☐, jeśli tak to jakich?

Uzależnienia u członków rodziny wspólnie zamieszkujących:

tak ☐, nie ☐, jeśli tak, to jakie?

Zatrudnienie: nauka ☐, praca fizyczna ☐, umysłowa ☐, zmianowość ☐, bezrobotny(a) ☐

Zagrożenia ekologiczne: tak ☐, nie ☐, jeśli tak, to jakie?

Zagrożenia w środowisku pracy (nauki) ☐, jakie?

Higiena: mieszkanie zadbane: tak ☐, nie ☐ higiena osobista, bielizna, odzież – czyste: tak ☐, nie ☐

Wydolność opiekuńcza rodziny: pełna: tak ☐, nie ☐, liczba godzin deficytu:

Status materialny: dobry ☐, średni ☐, zły ☐

DANE O FUNKCJONALNOŚCI ŚWIADCZENIOBIORCY:**Stan psychiczny pacjenta:**

Kontakt słowny: łatwy do nawiązania ☐, logiczny ☐, ograniczony ☐, nielogiczny ☐, brak kontaktu ☐

Zachowanie: spokojne: ☐, z cechami nadpobudliwości ☐, agresywne ☐, apatia ☐

Nastrój: pogodny ☐, euforyczny ☐, obniżony ☐, płaczliwy ☐, depresyjny ☐

Uwaga/koncentracja: skupiona ☐, trudność w skupieniu uwagi ☐, całkowita dekoncentracja ☐

Pamięć: bez zaburzeń ☐, trudność w zapamiętywaniu ☐, nie pamięta zdarzeń przeszłych ☐, nie pamięta zdarzeń świeżych ☐, luki pamięciowe ☐, konfabulacje ☐

Orientacja w czasie, miejscu i sytuacji osobistej: prawidłowa ☐, częściowa ☐, brak orientacji ☐

Stan biologiczny:

Oddech: prawidłowy ☐, przyspieszony ☐, zwolniony ☐, płytki ☐, stridor ☐, przez nos ☐, przez usta ☐

Plwocina: śluzowa ☐, pienista ☐, ropna ☐, krwista ☐

Kaszel: suchy ☐, wilgotny ☐, stały ☐, napadowy ☐

Duszność: spoczynkowa ☐, wysiłkowa ☐

Tętno: prawidłowe ☐, zaburzenia rytmu ☐, bradykardia ☐, tachykardia ☐

Obrzęki: uogólnione ☐, miejscowe ☐, stałe ☐, okresowe ☐

Ciężar ciała: prawidłowy ☐, niedowaga ☐, nadwaga ☐, otyłość ☐

Jama ustna: owrzodzona ☐, pleśniawki ☐, język obłożony ☐, inne ☐

Apetyt: prawidłowy ☐, wzmożony ☐, zmniejszony ☐, brak ☐

Pragnienie: prawidłowe ☐, wzmożone ☐, zmniejszone ☐

Wydalanie: prawidłowe ☐, zaparcie ☐, biegunka ☐, inne ☐

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: trudności w połykaniu ☐, zgaga ☐, odbijanie ☐, nudności ☐, wymioty ☐, wzdęcia ☐, inne ☐, jakie?

Dieta:

Wydalenie moczu - ilość: norma ☐ wielomocz ☐ skąpomocz ☐ bezmocz ☐
Trudności w oddawaniu moczu: utrudniony odpływ ☐ pieczenie cewki moczowej ☐ nieotrzymanie moczu ☐
Cykl miesięczkowy u kobiet: regularny ☐ nieregularny ☐
Krwawienie miesięczkowe u kobiet: bolesne ☐ niebolesne ☐ obfite ☐ skąpe ☐ norma ☐
Ostatnie badanie ginekologiczne (u kobiet):
Ruchomość w stawach: pełna ☐ ograniczona ☐
Dolegliwości ze strony stawów: obrzęki ☐ zaczerwienienia ☐ bolesność ☐
Wzrok : prawidłowy ☐ niedowidzenie ☐ ślepota ☐ inne ☐, jakie?
Słuch: prawidłowy ☐ niedosłuch ☐ głuchota ☐
Skóra: czysta ☐ brudna ☐ sucha ☐ wilgotna ☐ blada ☐ zażółcona ☐ zaczerwieniona ☐
sinicza ☐ marmurkowata ☐ uszkodzona ☐ z wykwitami patologicznymi ☐

Występowanie odleżyn: tak ☐ nie ☐

ocena stanu zaawansowania - stopień

lokalizacja odleżyn:

.....
.....

Występowanie dolegliwości bólowych:

umiejscowienie:

charakter bólu

okresy nasilenia bólu

wrażliwość na przyjmowane leki p/bólowe

Uzyskana ocena punktowa samoobsługi świadczeniobiorcy wg zmodyfikowanej skali Barthel:

Ocena końcowa stanu świadczeniobiorcy – diagnoza pielęgniarska

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

Sprzęt pomocniczy do opieki i pielęgnacji:

Zapotrzebowanie:

.....
.....

.....
Data, pieczęć i podpis pielęgniarki