

Oznaczenie świadczeniodawcy

SKIEROWANIE
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

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 ☐ nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy

.....
☐ 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 opieki pielęgniarskiej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)