

....., dnia20.....r.
Miejscowość

ważność 30 dni od daty wystawienia

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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

c) oddawanie moczu

-samodzielny / przy pomocy / utrudnienia *

- cewnik

- inne niewymienione:

d) oddawanie stolca

-samodzielny / przy pomocy / utrudnienia *

- pielęgnacja stonii

- 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 **

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię
i nazwisko pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa
wykonywania zawodu

* właściwie zakreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 201, 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.