**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

1. **Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji** (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):
2. **odżywianie**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

 karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik…………………………………………………

 karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem……………………………………………..

 zakładanie zgłębnika………………………………………………………………………..

 inne niewymienione………………………………………………………………………...

1. **higiena ciała**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

 w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta

drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej …………………………………

 inne niewymienione………………………………………………………………………...

1. **oddawanie moczu**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

 cewnik

 inne niewymienione ………………………………………………………………………..

1. **oddawanie stolca**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

 pielęgnacja stomii ………………………………………………………………………….

 wykonywanie lewatywy i irygacji …………………………………………………………

 inne niewymienione ………………………………………………………………………..

1. **przemieszczanie pacjenta**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

 z zaawansowaną osteoporozą ………………………………………………………………

 którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności ……………………………………

 inne niewymienione ………………………………………………………………………...

1. **rany przewlekłe**

 odleżyny ……………………………………………………………………………………

 rany cukrzycowe

 inne niewymienione ………………………………………………………………………..

1. **oddychanie wspomagane** ……………………………………………………………….

**h) świadomość pacjenta: tak/nie/ z przerwami\*** ………………………………………....

**i) inne** ……………………………………………………………………………………….

1. **Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel \*\*/\*\*\*** …………………………………..

………………………… …………………………………………..

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

………………………… …………………………………………..

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć lekarza

|  |
| --- |
|  |

\*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, poz.419,z późn.zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\*W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.