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 ,ew. opisać):

a). odżywianie

- samodzielny/ przy pomocy / utrudnienia\*

* karmiony 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 tracheotomijnej …………………………………………
* 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 …………………………………………………………………………………………………………
* rany 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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam ,że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga\*  skierowania do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego\* .

…………………………………………… ……………………………………………………….

Miejscowość ,data Podpis oraz pieczęć lekarza

\*Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadku 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 roku o konsultantach w ochronie zdrowia ( Dz. U. z 2009 r. Nr 52. Poz.419, z pożn.zm.)zastępuje ocenę skalą Barthel.

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