WYWIAD PIELĘGNIARSKI

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):**

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 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

□ inne niewymienione .....

a. **oddychanie wspomagane** .....
b. **świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami* ...** .....
c. **inne** .....

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel _____

…… ……

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

Załącznik nr 1