

**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 pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)