

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

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 tracheotomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

-samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

-samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatywy 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/*****

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

*Niepotrzebne skreślić

**W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. 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 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępują ocenę skali Barthel.

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