

Oznaczenie świadczeniodawcy

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 opieki pielęgniarskiej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:
.....
.....
.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)