|  |
| --- |
|  |

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)

Zmiany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia   
z dnia 11 października 2019 r. (poz. 2060) 1

**Załącznik nr 2**

**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, 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 tracheostomijnej ..................................................

**□** 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 ............................................................................................................

**g) oddychanie wspomagane** .............................................................................................................

**h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami\* ...** .........................................................................

**i) inne** .................................................................................................................................................

1. **Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel ………………………… pkt.**

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

Miejscowość, data Pieczęć pielęgniarki  
 / Imię i nazwisko pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu1

|  |
| --- |
|  |

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że …………………………………………………. PESEL ………………………... wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego \*.

……….....…………….. …………………………………

Miejscowość, data Pieczęć lekarza/

Imię i nazwisko lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu1

\* Niepotrzebne skreślić

1 Zmiany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. (poz. 2060)