

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

### 1. Dane świadczeniobiorcy

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dowodu 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 .....

#### 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 której mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

**Dane świadczeniobiorcy**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dowodu potwierdzającego tożsamość

***ZASWIADCZENIE LEKARSKIE***

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo –  
leczniczego / zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego\*.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza

\*   niepotrzebne skreślić