

Oznaczenie świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE  
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (głównie dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....

.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost .....

1. Skóra i błonnikowe obwodowe.....

.....

?odleżyny ?owrzodzenia troficzne ?rany przewlekłe

2. Układ oddechowy .....

.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny, ciśnienie krwi.....

tętno/min .....

4. Układ pokarmowy.....

.....

?gastrostomia ?żołądek do ?łotki ?nieutrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy .....

.....

?nieutrzymanie 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 w 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)