

Oznaczenie świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE
DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ 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)