

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 - niewydolny¹, ciśnienie krwi.....

łębnościn

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 samopielegnacji

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 pielęgniarstwa i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....
.....
.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)