

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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 tracheostmijnej

inne niewymienione

c) oddawanie moczu - samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

cewnik

inne niewymienione

d) oddawanie stolce - samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

pielęgnacja stomii

wykonywanie lewatyw i irygacji

inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta - samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

z zaawansowaną osteoporozą

którego stan zdrowie 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 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowie (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”.