

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 tracheostomijnej

.....
inne niewymienione

c) oddawanie moczu

- **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

cewnik

inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- **samodzielny / przy pomocy / utrudnienia***

pielęgnacja stomii.....

wykonywanie lewatyw i irygacji

inne niewymienione

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