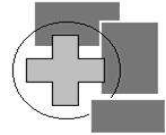


WYWIAD PIELEŃNIARSKI



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.....

r) 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.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.