

**SKIEROWANIE
DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ**

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.....

tętno/min

4.Układ pokarmowy.....

.....

- gastrostomia zgłębnik do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy

.....

- nietrzymanie moczu nietrzymanie stolca cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

.....

- 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 pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)