



SKIEROWANIE DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ.

Projekt: Domowy Krąg Opieki – kompleksowe wsparcie pielęgniarską opieką długoterminową w miejscu zamieszkania.

Nr projektu: FESL.07.06-IZ.01-0D6B/24-005

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 - niewydolny' , ciśnienie krwi.....

tętno/min,.....

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 samopielęgnacji

.....
.....

leżący chodzący poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD10):

.....

.....

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

.....

.....

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)