

1

Oznaczenie świadczeniodawcy

SKIEROWANIE DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

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 ICD –10):

.....

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga opieki pielęgniarskiej w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

Malmed S.C.

ul. Chłodna 64 lok. 316

00-872 Warszawa

www.malmed24.pl

