

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**SKIEROWANIE
DO OBJĘCIA PIEŁĘGNIARSKĄ 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 - niewydolny'), ciśnienie krwi.....

tętno/min

4. Układ trawienia.....

.....

gastrostomia zgłębnik do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy

.....

nie trzymanie moczu nie trzymanie stolca cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

.....

leżący chodzący poruszający się z pomocą osób trzecich/ środków pomocniczych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....

8. Rozpoznanie(choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

Pielęgnacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zlecenia lekarskie:

.....
.....
.....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)