pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

#### SKIEROWANIE

**DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ 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

1. Układ oddechowy .......................................................................................................................................................

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

1. 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 pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

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

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

(pieczęć, podpis lekarza, data)