Oznaczenie świadczeniodawcy

**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

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 pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

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

……………………………………..

(pieczęć i podpis lekarza, data)