



WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

-samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik

.....
• karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem

.....
• zakładanie zgłębnika

.....
• inne niewymienione

b) higiena ciała

-samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie- toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheotomijnej

c) oddawanie moczu -samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

- cewnik

.....
• inne niewymienione

d) oddawanie stolca -samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

- pielęgnacja stomii

.....
• wykonanie lewatywy i irygacji

.....
• inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta - samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

- z zaawansowaną osteoporozą

.....
• którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności

- inne niewymienione

f) rany przewlekłe

- odleżyny

- rany cukrzycowe

- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami.....

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel:.....

4. Struktura rodziny

STRUKTURA RODZINY

LP	Imię i nazwisko	Wiek	stopień pokrewieństwa	adres zamieszkania	nr telefonu kontaktowego
1					
2					
3					
4					

POZOSTALI CZŁONKOWIE NAJBLIŻSZEJ RODZINY

LP	Imię i nazwisko	Wiek	stopień pokrewieństwa	adres zamieszkania	nr telefonu kontaktowego
1					
2					
3					
4					

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki