

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**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 pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....  
(pieczęć, podpis lekarza, data)