WYWIAD PIELĘGNIARSKI

Dane Pacjenta……

Adres zamieszkania ……..
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dowodu potwierdzającego tożsamość
……...

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

1. odżywianie – samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*
   - karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik …….
   - karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
   ……
   - zakładanie zgłębnika
   ……
   - inne niewymienione ……
2. higiena ciała – samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*
   …….
3. oddawanie moczu – samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*
   - cewnik …….
   - inne niewymienione
   …….
4. oddawanie stolca – samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*
   - pielęgnacja stomii
   …….....
5. przemieszczanie pacjenta – samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*
   - z zaawansowaną osteoporozą
   …… ..
   - którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
   ……
   - inne
   niewymienione……..
6. rany przewlekłe
   - odleżyny……
   - rany cukrzycowe
   ……...
   - inne niewymienione ……..
   ……
7. świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami……...
8. inne …….. ……

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel ……..

pobyt dzienny*/całodobowy*/opieki wytchnieniowej*

Miejscowość, data ……

Pieczęć i podpis pielęgniarki ……

** niepotrzebne skreślić*

Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia" realizuje projekt WND-RPSL.09.02.01-24-02GB/19
pt. **„Otwarcie placówki usług zdrowotnych „VITA BENE" zapewniającej opiekę dzienną i całodobową dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym"**
Wartość projektu: 3.009.173,49 zł, Dofinansowanie 85% środki Unii Europejskiej: 2.557.797,46 zł,
Dofinansowanie 8% krajowe środki publiczne 240.733,88 zł