

**SKIEROWANIE  
DO OBJĘCIA PIEŁĘGNIARSKĄ 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 .....

.....

.....