Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą Załącznik nr 2

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI**

**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 tracheostomijnej ..................................................

 **□** inne niewymienione .............................................................................................................

**c)** oddawanie moczu

 **-** samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

 **□** cewnik

 **□** inne niewymienione ............................................................................................................

**d)** oddawanie stolca

 **-** samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

 **□** pielęgnacja stomii ................................................................................................................

 **□** wykonywanie lewatyw 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** .................................................................................................................................................

1. **Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**

 ………………………… ….. …..............……….

 **Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć pielęgniarki**