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**