

Pieczętka zakładu kierującego

## WYWIAD PIELEŃNIARSKI

### 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 lewatywy 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.....

### 3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel \*\*/\*\*.....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki