

# SKIEROWANIE

DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

.....  
Pieczęć gabinetu

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 samopielegnacji .....

.....

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 opieki pielęgniarskiej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

## IV. Zalecenia lekarskie: .....

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęć, podpis lekarza, data)