

**SKIEROWANIE**  
**DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ 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<sup>1</sup> , 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:

.....

.....

.....

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