

Pieczęć zoz

data .....

## ZAŚWIADACZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego:

.....  
**Data urodzenia:** ..... **PESEL** .....

**Adres** .....

I. **WYWIAD** ( główne dolegliwości, początek choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

.....  
.....  
.....

II. **AKTUALNIE POBIERANE LEKI** ( nazwa, dawkowanie ):

.....  
.....  
.....

III. **BADANIE PRZEDMIOTOWE** waga..... wzrost..... ciepłota ciała .....

**1. układ oddechowy:** wydolny – niewydolny,  
duszność: tak – nie, spoczynkowa – wysiłkowa; kaszel: nie – tak, jaki?.....;  
plwocina: śluzowa – piana – ropna- krwista;  
rurka tracheotomijna: tak – nie, ( rozmiar, data założenia) .....

**2. Układ krążenia :**  
wydolny – niewydolny ( stopień NYHA) ..... RR ..... mmHG; tętno/min .....;  
sinica: nie – tak, obwodowa – centralna; obrzęki ( umiejscowienie) .....;  
stymulator serca: nie – tak ( typ, rok założenia, przyczyna) .....;  
omdlenia: nie – tak ( przyczyna) .....

**3. Układ pokarmowy:**  
stan odżywiania: norma- otyłość- kacheksja, BMI .....; rodzaj diety: .....  
nietolerancje pokarmowe: nie – tak ( jakie) .....  
stomia: nie -tak; biegunki / zaparcia: nie -tak;  
sonda: odżywcza – odbarczająca; gastrostomia: nie – tak;  
nieoperacyjna niedrożność jelit: nie – tak; nudności – wymioty: nie – tak;  
zmiany w jamie ustnej ( jakie ?) .....

**4. Układ moczowo – płuciowy:**  
diureza: norma – wielomocz – skąpomocz – bezmocz;  
nieztrzymanie moczu: nie- tak; przerost gruczołu krokowego: nie – tak;  
zakażenie dróg moczowych: nie – tak  
upławy: nie – tak ( przyczyna i rodzaj wydzieliny) .....

**5. Układ ruchu:**  
ruchomość w stawach; pełna – ograniczona; osteoporoza: nie – tak;  
złamanie kości: nie – tak ( lokalizacja, data urazu, postępowanie – dotychczasowe i dalsze) .....

**6. Układ nerwowy i narządy zmysłów:**  
stan świadomości: pełna- ograniczona – chory nieprzytomny – stan wegetatywny;  
kontakt słowny: pełny – afazja; kontakt logiczny: pełny – brak;  
niedowład / porażenia; nie – tak ( umiejscowienie) .....;  
wzrok: prawidłowy – niedowidzenie -ślepotą – jaskra;  
słuch: prawidłowy – niedosłyszenie – głuchota – aparat słuchowy;  
sen: prawidłowy – odwrócenie rytmu dobowego – bezsenność; pobudzenie psychoruchowe: nie – tak;

**7. Skóra:**

zaróżowiona – blada -zażółcona – sinica ; czysta – brudna, sucha – wilgotna,

otarcie naskórka: nie – tak ( lokalizacja) .....

odparzenia: nie – tak ( lokalizacja) .....

owrzodzenie żylakowe: nie – tak ( umiejscowienie, stan owrzodzenia, leczenie) .....

.....

.....

**8. Odleżyny:** nie – tak

<i>Lokalizacja odleżyn</i>	<i>Stopień zaawansowania</i>	<i>Rozmiar w cm<sup>2</sup></i>
Kość ogonowa i krzyżowa		
Kostka boczna ( prawa – lewa)		
Kostka przyśrodkowa ( parawa – lewa)		
Krętaż kości biodrowej ( prawy – lewy)		
Pieta ( prawa – lewa)		
Guz kulszowy ( prawy- lewy)		
Inne obszary .....		

Dotychczasowe leczenie odleżyn: .....

.....

.....

**IV. ROZPOZNANIE ZASADNICZE:** .....

.....

.....

**V. CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE:**

Choroba zakaźna: nie – tak, jeśli tak to jaka? .....

Gruźlica: nie – tak, jeśli to czy w stadium zakaźnym? nie – tak.

Narkomania/ alkoholizm: nie – tak

Choroba nowotworowa: nie – tak, jeśli tak to czy faza terminalna? Tak - nie

Choroba psychiczna: tak – nie, jeśli tak to jaka? .....

**VI. ZAKRES OPIEKI MEDYCZNEJ:** Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona:

- Wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji: tak – nie

- W chwili badania wymaga hospitalizacji: tak – nie

- Proces diagnostyczny – terapeutyczny został zakończony: tak – nie

**VII. OŚWIADCZENIE osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego\*):**

Wyrażam/ niewyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....  
data i podpis osoby kierowanej do ZOL  
lub jej przedstawiciela ustawowego.....  
pieczętka i podpis lekarza

\*) właściwe zakreślić