***Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej***

**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 pacjenta z zaburzonym połykaniem ………………………………………...

- pomoc w przygotowaniu posiłków…………………………………………………………….

- karmienie pacjenta……………………………………………………………………………………

- inne niewymienione …………………………………………………………………….…………..

**b) higiena ciała** – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia

- wymaga pomocy osób trzecich………………………………………………………………….

- całkowicie zależny od osób trzecich…………………………………………………………..

- 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 ………………………………………………………………..

- nie kontroluje potrzeb fizjologicznych………………………………………………………..

- 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**

- bez zaburzeń…………………………………………………………………………………………….

- duszność spoczynkowa, wysiłkowa

**h) świadomość pacjenta**: tak/nie/z przerwami……………………...…………………...

- kontakt słowno-logiczny…………………………………………………………………………….

**i) inne** ………………………………………………………………….…….……………………………….

**3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**………………………………………..

……………………………………………… ………………………………………………………………..

Miejscowość i data Podpis oraz pieczęć pielęgniarki