*Druk nr 3*

*............................, dnia …………….*

**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' , 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)