

Pieczęć Świadczeniodawcy Nr umowy z NFZ
--

Nr ewidencyjny PESEL

.....
 Nr karty ubezpieczenia zdrowotnego

KARTA INDYWIDUALNEJ PIELEGNACJI

Wywiad pielęgniarzki

Nazwisko	Imię (imiona)	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....	Adres zamieszkania	Adres zameldowania
Podstawa ubezpieczenia Zatrudnienie <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Emerytura <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>		
Osoba bezpośrednio opiekująca się świadczeniobiorcą (nazwisko, imię, stopień pokrewieństwa, telefon)	Instytucja opiekująca się świadczeniobiorcą (nazwa, adres, telefon)	

WYWIAD:

- 1) Osobą opiekuje się: a) rodzina b) opiekunka społeczna c) brak opieki osób drugih
- 2) Przyzwyczajenia i upodobania: a) sen b) nałogi: kawa / alkohol / tytoń * – ile..... c) inne.....
- 3) Obecne problemy, trudności, dolegliwości związane z aktualnym stanem zdrowia:

- 4) Przebyte choroby:

- 5) Choroby przewlekłe

- 6) Pobyty w szpitalu

- 7) Zabiegi chirurgiczne

- 8) Szczepienia i stosowane surowice
- 9) Uczulenia
- 10) Obciążenia dziedziczne
- 11) Świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę:
- 12) Zagrożenia epidemiologiczne:
- 13) Stan psychiczny pacjenta: a) rozumienie: pełne częściowe brak
 b) zapamiętywanie: pełne / częściowe / brak *
 c) myślenie logiczne: pełne / częściowe / brak *
- 14) Stan funkcjonowania poszczególnych układów:
 a) układ nerwowy - stan świadomości: pełna / senność inne
 b) układ krążenia: wartość CTK tętno..... obrzęki : tak / nie; sinica: tak / nie*;
 inne
 c) układ oddechowy: kaszel: tak / nie; duszność: tak / nie */ inne
 d) układ kostno-stawowy: sprawność ruchowa: pełna; ograniczona tak / nie *;
 zakres ograniczeń: duży; średni; nieznaczny
 e) układ pokarmowy: odżywianie: prawidłowe/nieprawidłowe *; inne
 zaburzenia w odżywianiu: zaparcia; nietolerancje pokarmowe; wzdęcia; nudności; wymioty;
 biegunki.
 f) układ moczowy; sposób wydalania moczu: prawidłowy/nieprawidłowy – cewnik,
 pampers*.
 g) narząd zmysłu - wzrok: prawidłowy, osłabiony, niedowidzenie, ślepotą.
 słuch: prawidłowy, niedosłuch, głuchota *.
 h) skóra: wiotka; pomarszczona; wykwity skórne; inne zmiany skórne
 i) utrzymanie czystości własnego ciała: samodzielność: tak / nie *.
 j) środowisko ze względu na wiek i stan zdrowia nie wymaga / wymaga stałej / wymaga
 czasowej opieki pielęgniarki rodzinnej *.
- 15) Planowanie bliższe: konieczne odwiedziny ze względu na wiek: tak/nie; mierzenie CTK
 tak/nie; rozmowy psychoterapeutyczne: tak / nie *.
- 16) Ze względu na wiek i potrzeby przekazanie środowiska pracownikowi socjalnemu tak /
 nie*.
- 17) Udział w pielęgnacji: rodzina: tak / nie; środowisko: tak / nie *.
- 18) Stosowany sprzęt ortopedyczny: tak / nie *

*) właściwe podkreślić

DIAGNOZA PIELEGNIARSKA

.....

.....

DATA.....

.....

PODPIS I PIECZĄTKA PIELEGNIARKI

Adnotacja o udzielonych świadczeniach zdrowotnych

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

NAZWISKO..... IMIĘ..... PESEL

DATA	OPIS UDZIELONEGO ŚWIADCZENIA/ZLECENIA	PODPIS PIEŁĘGNIARKI + PIECZĄTKA