

Oznaczenie świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE  
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ 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 i podpis lekarza, data)