**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 przez gastronomię lub zgłębnik
* Karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
* Zakładanie zgłębnika .......................................................................................................
* Inne niewymienione .........................................................................................................

**b) higiena ciała**

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

* W przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej............................................
* 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.....................................................................................
* 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 wspomagane**

**h) świadomość pacjenta: TAK/NIE/Z PRZERWAMI\***

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

**3. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych**

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

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

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

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

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

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

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

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

**4. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel:** .....................................................................

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

Miejscowość, data (podpis i pieczęć pielęgniarki

Przeprowadzającej wywiad)

\*niepotrzebne skreślić