

**Pieczętka**  
**Nazwa podmiotu leczniczego**  
**REGON**  
**WAŻNE! VII i VIII kod resortowy**

Oznaczenie świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE**  
**DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta ..Jan Kowalski.....

PESEL 1 1 2 2 3 3 4 5 6 7 8 .....

Adres zamieszkania...80-123 Gdańsk, ul. Gdańska 123.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

wypełnia lekarz kierujący.....

II. Badanie przedmiotowe: waga...xx... wzrost ..xx..

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

wypełnia lekarz kierujący.....

odleżyny  owrzodzenia troficzne  rany przewlekłe

2. Układ oddechowy.....

wypełnia lekarz kierujący.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny' , ciśnienie krwi.....

tętno/min .....

4. Układ pokarmowy.....

wypełnia lekarz kierujący.....

gastrostomia  zgłębnik do żołądka  nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy.....

wypełnia lekarz kierujący.....

nietrzymanie moczu  cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

wypełnia lekarz kierujący.....

leżący  chodzący  poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów: .....

wypełnia lekarz kierujący.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – **WAŻNE kod ICD –10**):

wypełnia lekarz kierujący.....

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga opieki pielęgniarskiej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

**Zalecenia lekarskie powinny zawierać co najmniej konkretne czynności do wykonania u kierowanego do opieki pacjenta.....**

.....  
(pieczęć, podpis lekarza, data)