

Pieczętka Świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

Nr ewidencyjny PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Nr karty ubezpieczenia zdrowotnego

KARTA WIZYTY PATRONAŻOWEJ U DZIECKA

Wywiad pielęgniarzski

Nazwisko	Imię (imiona)	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....	Adres zamieszkania	Adres zameldowania
Rodzina: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> niepełna <input type="checkbox"/> zastępcza		Imię Nazwisko rodzica / opiekuna Telefon
Warunki mieszkaniowe <input type="checkbox"/> bardzo dobre <input type="checkbox"/> dobre <input type="checkbox"/> niezadowalające <input type="checkbox"/> złe		

WYWIAD: dotyczy wizyty patronażowej

- 1) Rodzina zajmuje mieszkanie/dom utrzymane w stanie sanitarnym dobrym / średnim / złym.
- 2) Sytuacja materialna dobra / średnia / zła.
- 3) Choroby społeczne: gruźlica / nowotworowe / nie dotyczy / inne.....
- 4) Wywiadu udzieliła: matka / ojciec / babcia / inne.....
- 5) Dziecko pielęgnowane prawidłowo. Bielizna i pieluchy czyste: tak / nie.
- 6) Wygląd skóry: czysta / potówki / odparzenia / inne
- 7) Kąpane: tak / nie.
- 8) Karmienie: piersią na żądanie / sztuczne: czym?.....
- 9) Apetyt: je chętnie / je niechętnie.....
- 10) Wydalanie: prawidłowe / luźne stolce / biegunki / zaparcia/
- 11) W nocy śpi: tak / nie.
- 12) W karmieniu zachowuje przerwę nocną: tak / nie.
- 13) Spacer/werandowanie: wychodzi / nie wychodzi.
- 14) Kontrola stawów biodrowych: wykonana/ niewykonana
- 15) Szczepienia: wg kalendarza / wg indywidualnych zaleceń / zwolnione ze szczepień / inne

.....
16) Waga: urodzeniowa / obecna w mc / r. ż.

17) Wzrost: urodzeniowy / obecny..... wmc / r. ż.

18) Skala Apgar:

19) Wizyty u pediatry: regularne / sporadyczne / w razie potrzeby / brak.

20) Rozwój psychomotoryczny

a) Utrzymuje głowę przy podciąganiu do pozycji siedzącej: tak / nie.

b) Śledzi wzrokiem osobę poruszającą się: tak / nie.

c) Reaguje na kontakt z badającym: tak / nie.

21) Matka troskliwa, zaradna: tak / nie.

22) Środowisko wymaga / nie wymaga stałej / czasowej opieki pielęgniarki środowiskowej / rodzinnej

23) Środowisko wymaga / nie wymaga stałej / czasowej opieki pielęgniarki środowiskowej / rodzinnej

24) Kolejne odwiedziny wg terminów patronaży lub w razie potrzeby

25) Uwagi i zalecenia

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

DATA.....

.....
PODPIS I PIECZĄTKA PIELĘGNIARKI