

.....
pieczęć świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

.....
data złożenia deklaracji wyboru pielęgniarki poz

INDYWIDUALNA KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W POZ

| | | | | |
|--|------|---|---------|--|
| DANE ŚWIADCZENIOBIORCY: | | | | |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia | Płeć | Nr ewidencyjny PESEL |
| | | - - | K M | |
| Podstawa ubezpieczenia: | | Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego: | | |
| Zatrudnienie Renta Emerytura Inne | | | | |
| Adres zamieszkania: | | Osoba bezpośrednio opiekująca się świadczeniobiorcą: | | Instytucja opiekująca się świadczeniobiorcą: |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | (nazwisko, imię, stopień pokrewieństwa, telefon) | | (nazwa, adres, telefon) |
| Nazwisko i imię lekarza poz: | | Dane adresowe lekarza poz: | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | (nazwa, adres, telefon) | | |
| DANE O STANIE ZDROWIA ŚWIADCZENIOBIORCY: | | | | |
| | | Zdrowy | | Chory |
| Wzrost: | | Waga: | | Nosicielstwo Hbs |
| Występujące alergie: | | | | |
| Nałogi: kawa papierosy alkohol inne (jakie?): | | | | |
| Choroba zasadnicza: | | | | |
| Choroby współistniejące: | | | | |
| Główne dolegliwości: | | | | |
| Przebyte choroby, operacje, urazy i wypadki: | | | | |
| Przyjmowane leki: | | Stosowany sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze: | | |
| | | | | |

WYWIAD ŚRODOWISKOWO-RODZINNY:

Warunki bytowe:

Mieszkanie | |, na piętrze | |, którym?, dom jednorodzinny | |, dom wielorodzinny | |, metraż,
liczba izb, liczba osób wspólnie zamieszkujących, stopień pokrewieństwa

Mieszkanie: suche | |, wilgotne | |, widne | |, ciemne | |, słoneczne | |, nie słoneczne | |,
wodociąg | |, studnia | |, C.O. | |, piec kaflowy | |, kuchnia węglowa | |, kuchnia gazowa (elektr.) | |,
WC w domu | |, WC poza domem (mieszkaniem) | |, łazienka | |, udogodnienia (pralka, lodówka, telefon) | |,
Uwagi:

Zagrożenia rodziny, pracy i środowiska:

Rodzinne występowanie chorób: tak | |, nie | |, jeśli tak, to jakich?
Uzależnienia u członków rodziny wspólnie zamieszkujących:
tak | |, nie | |, jeśli tak, to jakie?
Zatrudnienie: nauka | |, praca fizyczna | |, umysłowa | |, zmianowość | |, bezrobotny(a) | |
Zagrożenia ekologiczne tak | |, nie | |, jeśli tak, to jakie?
Zagrożenia w środowisku pracy (nauki) | |, jakie?

Higiena: mieszkanie zadbane: tak | |, nie | |, higiena osobista, bielizna, odzież – czyste: tak | |, nie | |

Wydolność opiekuńcza rodziny: pełna: tak | |, nie | |, liczba godzin deficytu

Status materialny: dobry | |, średni | |, zły | |

DANE O FUNKCJONALNOŚCI ŚWIADCZENIOBIORCY:

Stan psychiczny pacjenta:

Kontakt słowny: łatwy do nawiązania | |, logiczny | |, ograniczony | |, nie logiczny | |, brak kontaktu | |
Zachowanie: spokojne: | |, z cechami nadpobudliwości | |, agresywne | |, apatia | |
Nastroj: pogodny | |, euforyczny | |, obniżony | |, płaczliwy | |, depresyjny | |
Uwaga/koncentracja: skupiona | |, trudność w skupieniu uwagi | |, całkowita dekoncentracja | |
Pamięć: bez zaburzeń | |, trudność w zapamiętywaniu | |, nie pamięta zdarzeń przeszłych | |,
nie pamięta zdarzeń świeżych | |, luki pamięciowe | |, konfabulacje | |
Orientacja w czasie, miejscu i sytuacji osobistej: prawidłowa | |, częściowa | |, brak orientacji | |

Stan biologiczny:

Oddech: prawidłowy | |, przyśpieszony | |, zwolniony | |, płytki | |, stridor | |, przez nos | |, przez usta | |
Plwocina: śluzowa | |, pienista | |, ropna | |, krwista | |
Kaszel: suchy | |, wilgotny | |, stały | |, napadowy | |
Duszność: spoczynkowa | |, wysiłkowa | |
Tętno: prawidłowe | |, zaburzenia rytmu | |, bradykardia | |, tachykardia | |
Obrzęki : uogólnione | |, miejscowe | |, stałe | |, okresowe | |
Ciężar ciała: prawidłowy | |, niedowaga | |, nadwaga | |, otyłość | |
Jama ustna: owrzodzona | |, pleśniawki | |, język obłożony | |, inne | |
Apetyt: prawidłowy | |, wzmożony | |, zmniejszony | |, brak | |
Pragnienie: prawidłowe | |, wzmożone | |, zmniejszone | |
Wydalenie: prawidłowe | |, zaparcie | |, biegunka | |, inne | |
Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: trudności w połykaniu | |, zgaga | |, odbijanie | |, nudności | |, wymioty | |,
wzdęcia | |, inne | |, jakie?

Dieta:

Wydalenie moczu - ilość: norma ☐ wielomocz ☐ skąpomocz ☐ bezmocz ☐
Trudności w oddawaniu moczu: utrudniony odpływ ☐ pieczenie cewki moczowej ☐ nieotrzymanie moczu ☐
Cykl miesięczkowy u kobiet: regularny ☐ nieregularny ☐
Krwawienie miesięczne u kobiet: bolesne ☐ niebolesne ☐ obfite ☐ skąpe ☐ norma ☐
Ostatnie badanie ginekologiczne (u kobiet):
Ruchomość w stawach: pełna ☐ ograniczona ☐
Dolegliwości ze strony stawów: obrzęki ☐ zaczerwienienia ☐ bolesność ☐
Wzrok : prawidłowy ☐ niedowidzenie ☐ ślepotą ☐ inne ☐, jakie?
Słuch: prawidłowy ☐ niedosłuch ☐ głuchota ☐
Skóra: czysta ☐ brudna ☐ sucha ☐ wilgotna ☐ blada ☐ zażółcona ☐ zaczerwieniona ☐
sinicza ☐ marmurkowata ☐ uszkodzona ☐ z wykwitami patologicznymi ☐
Występowanie odleżyn: tak ☐ nie ☐

ocena stanu zaawansowania - stopień

lokalizacja odleżyn:
.....

Występowanie dolegliwości bólowych:

umiejscowienie:
charakter bólu
okresy nasilenia bólu
wrażliwość na przyjmowane leki p/bólowe

Korzystanie z form długoterminowej opieki domowej:

hospicjum domowego: tak ☐ nie ☐, jeśli tak - data objęcia opieką
długoterminowej opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie: tak ☐ nie ☐, jeśli tak -
- data objęcia opieką

Uzyskana ocena punktowa samoobsługi świadczeniobiorcy wg zmodyfikowanej skali Barthel

Ocena końcowa stanu świadczeniobiorcy – diagnoza pielęgnarska

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Sprzęt pomocniczy do opieki i pielęgnacji:
Zapotrzebowanie:
.....
.....

Informacja o objęciu pielęgnarską opieką środowiskową

.....Data,
czytelny lub pieczętka podpis pielęgniarki poz

Adnotacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych

| L.p. | Data | Opis udzielonego świadczenia | Podpis pielęgniarki poz |
|-------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| | | | |