

OPINIA LEKARSKA DOTYCZĄCA PACJENTA

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

2. ADRES ZAMIESZKANIA:

3. PESEL, NR DOWODU OSOBISTEGO:

4. ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ:

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

5. CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE I PRZEBYTE OPERACJE

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

6. OCENA WYDOLNOŚCI UKŁĄDU KRĄŻENIA WG. NYHA

7. EKG: ZAPIS PRAWIDŁOWY / ZMIANY W ZAPISIE (JAKIE).....

8. CIŚNIENIE TĘTNICZE

9. CUKRZYCA: TAK / NIE

10. WYMAGANE WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:

GLUKOZA.....Hb.....Er.....Na.....K.....CRP.....OB.....Kreat.....

Leuk.w moczu.....

11. OCENA STANU PSYCHICZNEGO:

A. CZY PACJENT ROZUMIE I WYKONUJE POLECENIA: TAK / NIE

B. UZALEŻNIENIA: TAK / NIE (jeżeli tak, to od czego.....)

C. CZY WYMAGA STOSOWANIA LEKÓW USPOKAJAJĄCYCH: TAK / NIE (jakich.....)

12. WYWIAD:

ODLEŻYNY: TAK / NIE UMIEJSCOWIENIE (OPIS).....

CEWNIK MOCZOWY: TAK / NIE

GASTROSTOMIA / SONDA: TAK / NIE (od kiedy).....

STOMIA: TAK / NIE

WKŁUCIE CENTRALNE: TAK / NIE (od kiedy).....

13. MOBILNOŚĆ PACJENTA (PROSZĘ ZAZNACZYĆ)

- MOBILNY
- LASKA / KULE
- WÓZEK INWALIDZKI
- NIEMOBILNY / ŁÓŻKO (LEŻĄCY)
- INNE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE

14. PACJENT POTRZEBUJE POMOCY PRZY: (PROSZĘ ZAZNACZYĆ)

- JEDZENIU
- UBIERANIU I ROZBIERANIU SIĘ
- PORUSZANIU SIĘ
- CODZIENNEJ HIGIENIE OSOBISTEJ
- INNE? JAKIE?

.....

15. ŻYWIENIE (PROSZĘ ZAZNACZYĆ)

- DIETY:
- ALERGIE POKARMOWE:

16. CZY PACJENT MOŻE BYĆ NIEBEZPIECZNY DLA:

- SIEBIE
- INNYCH
- JEŻELI TAK, TO DLACZEGO?

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

17. LEKI PRZYJMOWANE REGULARNIE

NAZWA LEKU	DAWKOWANIE
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

18. STWIERDZAM, ŻE OSOBA WYŻEJ WYMIENIONA WYMAGA: CAŁODOBOWEJ OPIEKI I W CHWILI
BADANIA NIE WYMAGA HOSPITALIZACJI: TAK / NIE

19. STWIERDZA SIĘ BRAK PRZECIWSKAZAŃ DO UCZESTNICZENIA PRZEZ W/W OSOBĘ W REHABILITACJI
OGÓLNOUSTROJOWEJ: TAK / NIE

20. DANE OPIEKUNA:

IMIĘ I NAZWISKO:

TELEFON:

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:

.....
PIECZĘĆ PLACÓWKI KIERUJĄCEJ
DO REZYDENCJI SENIORA
ZIELONY ZAKĄTEK

.....
DATA, PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA