

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

| Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie | | | | | |
|---|-----------------|------|-----------------------|----------------------|--------------|
| Lp. | Imię i nazwisko | Wiek | Stopień pokrewieństwa | Aktywność zawodowa | Stan zdrowia |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Pozostali członkowie najbliższej rodziny | | | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko | Wiek | Stopień pokrewieństwa | Miejsce zamieszkania | Stan zdrowia |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

| Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|------------|
| oddzielne mieszkanie | 0 | oddzielny pokój | 2 | pokój wspólny z innymi osobami | 3 | Liczba pkt |
| usytuowanie mieszkania parter | 0 | powyżej parteru z windą | 2 | Powyżej parteru bez windy | 3 | |
| ogrzewanie CO | 0 | ogrzewanie węglowe | 2 | brak stałego ogrzewania | 3 | |
| pełny dostęp do łazienki | 0 | ograniczony dostęp do łazienki | 2 | brak łazienki | 3 | |
| pełny dostęp do WC | 0 | ograniczony dostęp do WC | 2 | dostęp do WC poza budynkiem | 3 | |
| pełny dostęp do kuchni | 0 | ograniczony dostęp do kuchni | 2 | brak dostępu do kuchni | 3 | |
| warunki higieniczne bardzo dobre mieszkania/pokój ^{*)} czyste, suche, widne, przestronne ^{*)} | 0 | warunki higieniczne zadawalające mieszkania/pokój ^{*)} dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne ^{*)} | 2 | Warunki higieniczne złe mieszkania/pokój ^{*)} zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni ^{*)} | 4 | |
| pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej | 0 | częściowe przystosowanie mieszkania | 2 | brak przystosowania mieszkania | 3 | |
| Suma punktów | | | | | | |

^{*)} Właściwe podkreślić

- a) Sytuacja b. dobra: 0-4 pkt kategoria A
- b) Sytuacja zadawalająca: 5-10 pkt kategoria B
- c) Sytuacja zła: 11-25 pkt kategoria C

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA

| Zakres sprawowanej opieki | Kategoria ^{*)} |
|---|-------------------------|
| Pełna wydolność opiekuńcza rodziny | A |
| Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób) | B |
| Brak opieki ze strony rodziny – pełna zależność od osób obcych | C |

^{*)} Właściwe podkreślić

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| Zakres wymaganej opieki | Kategoria ^{*)} |
|--|-------------------------|
| Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarzkiej | A |
| Wymaga ciągłej opieki pielęgniarzkiej | B |
| Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarzkiej | C |

^{*)} Właściwe podkreślić

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

.....
(podpis pielęgniarki prowadzącej wywiad)

.....
(data)

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego ^{*)}.

Wyrażam/nie wyrażam ^{*)} zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego ^{*)})

^{*)} Niepotrzebne skreślić