

KRYTERIA PRZYJĘĆ DO CENTRUM OPIEKUŃCZO-REHABILITACYJNEGO – SZPITAL SWISSMED

PACJENT Z ODDZIAŁU SZPITALNEGO

DANE PACJENTA:

Pan/i

Adres zamieszkania

.....

PESEL

Rozpoznanie/a

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- rana pooperacyjna czysta TAK / NIE
- jeżeli rana sącząca – czy był wykonany posiew TAK / NIE
- czy była pionizacja pacjenta TAK / NIE
- jeżeli pacjent był konsultowany przez specjalistów spoza oddziału proszę kopie dołączyć do wypisu

Zakres potrzeb pielęgnacyjnych:

1. Odżywianie:

samodzielny

z pomocą opiekuna

niesamodzielny – z powodu:

niesprawność związana z wiekiem i chorobami przewlekłymi

zaburzenie połykania - z jakiego powodu

.....

sonda żołądkowa

PEG

2. Higiena osobista:

samodzielny

z pomocą opiekuna

niesamodzielny

3. Kontrola oddawania moczu:

- samodzielny
- z pomocą opiekuna
- zaopatrzony w pieluchomajtki
- założony cewnik dopęcherzowy

4. Kontrola oddawania stolca:

- samodzielny
- z pomocą opiekuna
- zaopatrzony w pieluchomajtki
- stomia

5. Zdolność pacjenta do przemieszczania się:

- samodzielnie
- samodzielnie z pomocą - kule / laska/ balkonik
- z pomocą opiekuna
- wózek
- pacjent leżący, siada w łóżku
- pacjent tylko leżący

6. Odleżyny:

- okolica kości krzyżowej
- pięty
- owrzodzenia żylakowate
- inne zmiany skórne wymagające pielęgnacji – jakie

7. Kontakt z pacjentem:

- pełny
- ograniczony - z jakiego powodu
- brak kontaktu logicznego

.....
Pieczętka i podpis lekarza prowadzącego

.....
Pieczętka i podpis pielęgniarki oddziałowej