

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**SKIEROWANIE**  
**DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ HOSPICJUM DOMOWEGO**  
**PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA „ PIEL-MED.PLUS”**

Nazwisko i imię pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

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

II. **Badanie przedmiotowe:** waga..... wzrost .....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

.....  
2. Układ oddechowy .....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny' , ciśnienie krwi.....

tętno/min .....

4. Układ pokarmowy.....

gastrostomia

zgłębnik do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy .....

nietrzymanie moczu

nietrzymanie stolca

cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi .....

leżący

chodzący

poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

kule

balkonik

wózek inwalidzki

inne .....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów: .....

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –

10): .....

.....

III. **Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga**

Objęcia opieką HOSPICJUM DOMOWEGO

TAK

NIE

IV. **Zalecenia lekarskie:**

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

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)