**OPINIA LEKARSKA DOTYCZĄCA PENSJONARIUSZA**

1. IMIĘ I NAZWISKO PENSJONARIUSZA ………………………………………………………………..

2. ADRES ZAMIESZKANIA ………………………………………………………………..

3. PESEL PENSJONARIUSZA ………………………………………………………………...

4. ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

5. CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE I PRZEBYTE OPERACJE

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

6. OCENA WYDOLNOŚCI UKŁADU KRĄŻENIA WG NYHA

……………………………………………………………………………………..

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

………………………………………………………………………………………

8. CIŚNIENIE TĘTNICZE ………………………………………………………….

9. CUKRZYCA: TAK / NIE

10. OCENA STANU PSYCHICZNEGO :

- CZY PACJENT ROZUMIE I I WYKONUJE POLECENIA : TAK / NIE

- UZALEŻNIENIE : TAK / NIE ( jeśli tak, to od czego ……………………………

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

11. WYWIAD:

- ODLEŻYNY: TAK / NIE umiejscowienie – opisanym

…………………………………………………………………………………

- CEWNIK MOCZOWY: TAK / NIE

- GASTROSTOMIA / SONDA: TAK / NIE

- STOMIA: TAK / NIE

-WKŁUCIE CENTRALNE: TAK / NIE

12. MOBILNOŚĆ PACJENTA ( proszę zaznaczyć)

- MOBILNY: TAK / NIE

- ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE: LASKA / KULE

- WÓZEK INWALIDZKI: TAK / NIE

- LEŻĄCY: TAK / NIE

-INNE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE ……………………………………….

13. PACJENT POTRZEBUJE POMOCY PRZY:

- JEDZENIU: TAK / NIE

- UBIERANIE I ROZBIERANIE SIĘ: TAK / NIE

-PORUSZANIE SIĘ: TAK / NIE

-CODZIENNEJ HIGIENY OSOBISTEJ: TAK / NIE

14. ŻYWIENIE:

- DIETY ………………………………………………………………………………

-ALERGIE POKARMOWE …………………………………………………………...

15. CZY PACJENT MOŻE BYĆ NIEBEZPIECZNY DLA:

-SIEBIE: TAK / NIE

-INNYCH: TAK / NIE

-JEŻELI TAK , TO DLACZEGO ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

16. LEKI PRZYJMOWANE REGULARNIE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | NAZWA LEKU | DAWKOWANIE |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |

17. DANE OPIEKUNA:

IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………………………………..

TELEFON ……………………………………………………………………………………….

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA ……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………… ………………………………………………

PIECZĄTKA PLACÓWKI KIERUJĄCEJ DATA, PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

DO DOMU OPIEKI