

**WZOR**  
**WYWIAD PIELĘGNIARSKI**

Załącznik nr 2

**1. Dane świadczeniobiorcy**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

**2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji:**

a) odżywanie

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik

- karmienie pacjenta z zaburzonym polykarnem

- zakładanie zgłębnika

b) higiena ciała

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie toaleta jamy ustnej lub toaleta jamy

ustnej oraz wymiana rurki tracheotomijnej

c) wydalanie i oddawanie moczu

- pielęgnacja stomii

- wykonywanie lewatyw i higieny

- wykonywanie cewnikowania

d) przemieszczanie pacjenta

- z zastosowaną osteoporozą

- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności

e) rany przewlekłe

- odleżyny

- rany cukrzycowe

f) inne

**3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**