

KWALIFIKACJA PACJENTA

DO OBJĘCIA PIEŁĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego
w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Lp.	Nazwa czynności*	
1.	Spożywanie posiłków	nie jest w stanie samodzielnie jeść
		potrzebuje pomocy w krojeniu
		samodzielny, niezależny
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie)	nie jest wstanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu
		większa pomoc (w jedną, dwie os. fizyczna) może siedzieć
		mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)
		samodzielny.
3.	Utrzymanie higieny osobistej	potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności zw. z higieną
		niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)
4.	Korzystanie z toalety (WC)	zależny
		częściowo potrzebuje pomocy
		niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby
5.	Mycie, kąpiel całego ciała	zależny
		niezależny
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)	nie porusza się samodzielnie lub zależny od wózka
		do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny od wózka
		spacery z pomocą jednej osoby > 50m
		niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > 50m
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach	nie jest samodzielny
		potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji
		samodzielny
8.	Ubieranie i rozbieranie się	zależny
		potrzebuje częściowej pomocy
		niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu	nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje prowokowanie wydalania
		sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca
		kontroluje oddawanie stolca
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego	nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany
		sporadycznie bezwiedne oddawanie moczu
		kontroluje oddawanie moczu

* należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i zaznaczyć x

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w przewlekłych schorzeniach	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Lp.	Nazwa poradni, zakładów opieki zdrowotnej udzielających specjalistycznych porad (świadczeń) ambulatoryjnych, pod opieką której znajduje się pacjent
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

.....
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki