Załącznik nr 7 do zarządzenia Nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 listopada 2014 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE**

**DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

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

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

**□** odleżyny **□**  owrzodzenia troficzne  **□** rany przewlekłe

1. Układ oddechowy .......................................................................................................................................................

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

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

tętno/min ............................................................................................................................................................................

4.Układ pokarmowy...........................................................................................................................................................

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

**□** gastrostomia **□** zgłębnik do żołądka **□** nietrzymanie stolca

1. Układ moczowo-płciowy ................................................................................................................................................

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

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

□ nietrzymanie moczu **□** cewnik do pęcherza moczowego

1. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

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

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

□ leżący □ chodzący □ poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

1. Układ nerwowy i narządy zmysłów: ...............................................................................................................................

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

8.Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

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

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga opieki pielęgniarskiej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

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

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

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

……………………………………………………………

(pieczęć, podpis lekarza, data)