

OPINIA LEKARSKA DOTYCZĄCA PENSJONARIUSZA

1. IMIĘ I NAZWISKO PENSJONARIUSZA:
2. ADRES ZAMIESZKANIA:
3. PESEL, NR DOWODU OSOBISTEGO

WYPEŁNIA LEKARZ POZ/ SZPITAL / LEKARZ INNEJ SPECJALIZACJI, POD OPIEKĄ KTÓREGO JEST PENSJONARIUSZ

4. ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ:
.....
.....
.....
.....
.....

5. CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE I PRZEBYTE OPERACJE:
.....
.....
.....
.....
.....

6. OCENA WYDOLNOŚCI UKŁADU KRAŻENIA WG. NYHA:

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

8. CIŚNIENIE TĘTNICZE : WYMAGA PODAWANIA AMINPRESYJNYCH: TAK/ NIE

9. CUKRZYCA: TAK/ NIE

10. CZY PENSJONARIUSZ PRZECHODZIŁ DO 4 TYGODNI WSTECZ ZAWAŁ SERCA: TAK/ NIE

11. WYMAGANE WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH

Glukoza: Hb: Er: Na: K: CRP: OB.: Kreat: Leuko. W moczu:

12. OCENA STANU PSYCHICZNEGO:

- a. CZY PENSJONARIUSZ SPEŁNIA ZE ZROZUMIENIEM POLECENIA: TAK/ NIE/ CZĘŚCIOWO
(opis)
- b. UZALEŻNIENIA: TAK/ NIE (jeżeli tak, to od
czego.....)
- c. CZY WYMAGA STOSOWANIA LEKÓW USPOKAJAJĄCYCH : TAK/ NIE (jakich.....)

13. WYWIAD:

ODLEŻYNY/ GOJĄCE SIĘ RANY PO OPERACJI: TAK/ NIE | UMIEJSCOWIENIE:

(opis.....)
.....
.....)

CEWNIK MOCZOWY: TAK/ NIE (od kiedy)

GASTROSTOMIA/ SONDA : TAK/ NIE (od kiedy)

STOMIA: TAK/ NIE

WKŁUCIE CENTRALNE: TAK/ NIE (od kiedy)

14. CZY PENSJONARIUSZ BYŁ W SZPITALU W CIĄGU 6 – CIU OSTATNICH MIESIĘCY? TAK/ NIE

(jeśli tak to prosimy dołączyć ostatni wypis ze szpitala)

WAŻNE: PROSIMY O DOSTARCZENIE RÓWNIEŻ WCZEŚNIEJSZYCH WYPISÓW – jeśli są.

15. MOBILNOŚĆ PENSJONARIUSZA

☐ MOBILNY: TAK/ NIE

☐ LASKA/ KULE – zabezpieczające chód do pokoju: TAK/ NIE

☐ CZY SAM PRZEJDZIE Z BALKONIKIEM 3 M: TAK/ NIE

☐ WYŁĄCZNIE WYSADZANIE – WÓZEK INWALIDZKI: TAK/ NIE

☐ CZY POSADZONY SIEDZI NA ŁÓŻKU SAMODZIELNIE Z PODPARCIEM STOPAMI O ZIEMIĘ: TAK/ NIE

☐ NIEMOBILNY/ ŁÓŻKO (wyłącznie leżący): TAK/ NIE

☐ WYMAGANE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE, KTÓRE POSIADA (opis)

16. PENSJONARIUSZ POTRZEBUJE POMOCY PRZY: (proszę zaznaczyć)

☐ JEDZENIU

☐ UBIERANIU I ROZBIERANIU SIĘ

☐ CODZINNEJ HIGIENIE OSOBISTEJ

☐ INNE? JAKIE?

.....

17. WYMAGA ILOŚCI OPIEKI OSÓB DRUGICH / NA DOBĘ.....

18. ŻYWIENIE: (proszę zaznaczyć)

☐ CZY PENSJONARIUSZ MA ZDOLNOŚCI POŁYKANIA: TAK/ NIE/ CZĘŚCIOWO

(opis.....)

☐ CZY WYMAGA TERAPII PŁYNAMI DOŻYLNymi: TAK/ NIE/ OKRESOWO (opis.....)

☐ WYMAGANA DIETA: TAK/ NIE (opis.....)

☐ ALERGIE POKARMOWE: TAK/ NIE (opis.....)

19. CZY PENSJONARIUSZ MOŻE BYĆ NIEBEZPIECZY DLA:

☐ SIEBIE: TAK/ NIE

☐ INNYCH: TAK/ NIE

☐ JEŻELI TAK, TO DLACZEGO?

20. CZY PENSJORAUSZ W MINIONYM OKRESIE 8 TYGODNI PRZECHODZIŁ ZAKAŻENIE

DROBNOUSTROJEM LEKOODPORNYM LUB CLOSTRIDIUM: TAK/ NIE

(Opis jakie drobnoustroje i kiedy był leczony antybiotykiem, prosimy o podanie normy leku

i czasu podawania:

.....)

21. LEKI PRZYJMOWANE REGULARNIE

<u>NAZWA LEKU</u>	<u>DAWKOWANIE</u>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

22. STWIERDZAM, ŻE OSOBA WW. WYMAGA CAŁODOBOWEJ OPIEKI I W CHWILI BADANIA NIE

WYMAGA HOSPITALIZACJI: TAK/ NIE

23. STWIERDZA SIĘ BRAK PRZECIWSKAZAŃ DO UCZESTNICZENIA PRZEZ WW. OSOBĘ W

REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ: TAK/ NIE

24. DANE OPIEKUNA:

IMIĘ I NAZWISKO:

TELEFON:

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:

.....
PIECZĘĆ PLACÓWKI KIERUJĄCEJ

DO DOMU SENIORA LEŚNE ZACISZE

.....
DATA, PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA