

OPINIA LEKARSKA DOTYCZĄCA PENSJONARIUSZA

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

WYPEŁNIA LEKARZ POZ / SZPITAL / LEKARZ INNEJ SPACJALIZACJI, 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: CZY WYMAGA PODAWANIA AMIN PRESYJNYCH: TAK/NIE

9. CUKRZYCA: TAK / NIE

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

11. **WYMAGANE WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH (nie starsze niż miesiąc na dzień składania dokumentów):**

Glukoza: Hb: Er: Na: K: CRP: OB: Kreat: Leuk. 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 prosimy dołączyć ostatni wypis ze szpitala)

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

15. MOBILNOŚĆ PENSJONARIUSZA

- MOBILNY: TAK/NIE
- LASKA/KULE – zabezpieczające chód po pokoju: TAK/NIE
- CZY SAM PRZEJEDZIE Z BALKONIKIEM 3 METRY: 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
- PORUSZANIU SIĘ
- CODZIENNEJ HIGIENIE OSOBISTEJ
- INNE? JAKIE?

17. WYMAGANA ILOŚĆ GODZIN 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: NIE/TAK (opis

19. CZY PENSJONARIUSZ MOŻE BYĆ NIEBEZPIECZNY DLA:

- SIEBIE: TAK/NIE
- INNYCH
- JEŻELI TAK, TO DLACZEGO?

20. CZY PENSJONARIUSZ 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

NAZWA LEKU	DAWKOWANIE
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 PROALTUM

.....
DATA, PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA