

.....
pieczęć świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

.....
data złożenia deklaracji wyboru pielęgniarki poz

INDYWIDUALNA KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W POZ

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:				
Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Płeć	Nr ewidencyjny PESEL
		- -	K M	
Podstawa ubezpieczenia:		Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego:		
Zatrudnienie Renta Emerytura Inne				
Adres zamieszkania:		Osoba bezpośrednio opiekująca się świadczeniobiorcą:	Instytucja opiekująca się świadczeniobiorcą:	
.....		
.....		
.....		
.....		(nazwisko, imię, stopień pokrewieństwa, telefon)	(nazwa, adres, telefon)	
Nazwisko i imię lekarza poz:		Dane adresowe lekarza poz:		
.....			
.....			
.....		(nazwa, adres, telefon)		
DANE O STANIE ZDROWIA ŚWIADCZENIOBIORCY:		Zdrowy	Chory	
Wzrost:	Waga:			
Występujące alergie:				
Nałogi:	kawa	papierosy	alkohol	inne (jakie?):
Choroba zasadnicza:				
Choroby współistniejące:				
Główne dolegliwości:				
Przebyte choroby, operacje, urazy i wypadki:				
Przyjmowane leki:		Stosowany sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze:		
.....			

WYWIAD ŚRODOWISKOWO-RODZINNY:

Warunki bytowe:

Mieszkanie |_|, na piętrze |_|, którym?, dom jednorodzinny |_|, dom wielorodzinny |_|, metraż,
liczba izb, liczba osób wspólnie zamieszkujących, stopień pokrewieństwa

Mieszkanie: suche |_|, wilgotne |_|, widne |_|, ciemne |_|, słoneczne |_|, nie słoneczne |_|,
wodociąg |_|, studnia |_|, C.O. |_|, piec kaflowy |_|, kuchnia węglowa |_|, kuchnia gazowa (elektr.) |_|,
WC w domu |_|, WC poza domem (mieszkaniami) |_|, łazienka |_|, udogodnienia (pralka, lodówka, telefon) |_|,

Uwagi:

Zagrożenia rodziny, pracy i środowiska:

Rodzinne występowanie chorób: tak |_|, nie |_|, jeśli tak, to jakich?

Uzależnienia u członków rodziny wspólnie zamieszkujących:

tak |_|, nie |_|, jeśli tak, to jakie?

Zatrudnienie: nauka |_|, praca fizyczna |_|, umysłowa |_|, zmianowość |_|, bezrobotny(a) |_|

Zagrożenia ekologiczne tak |_|, nie |_|, jeśli tak, to jakie?

Zagrożenia w środowisku pracy (nauki) |_|, jakie?

Higiena: mieszkanie zadbane: tak |_|, nie |_|, higiena osobista, bielizna, odzież – czyste: tak |_|, nie |_|

Wydolność opiekuńcza rodziny: pełna: tak |_|, nie |_|, liczba godzin deficytu

Status materialny: dobry |_|, średni |_|, zły |_|

DANE O FUNKCJONALNOŚCI ŚWIADCZENIOBIORCY:

Stan psychiczny pacjenta:

Kontakt słowny: łatwy do nawiązania |_|, logiczny |_|, ograniczony |_|, nie logiczny |_|, brak kontaktu |_|

Zachowanie: spokojne: |_|, z cechami nadpobudliwości |_|, agresywne |_|, apatia |_|

Nastrój: pogodny |_|, euforyczny |_|, obniżony |_|, płaczący |_|, depresyjny |_|

Uwaga/koncentracja: skupiona |_|, trudność w skupieniu uwagi |_|, całkowita dekoncentracja |_|

Pamięć: bez zaburzeń |_|, trudność w zapamiętywaniu |_|, nie pamięta zdarzeń przeszłych |_|,
nie pamięta zdarzeń świeżych |_|, luki pamięciowe |_|, konfabulacje |_|

Orientacja w czasie, miejscu i sytuacji osobistej: prawidłowa |_|, częściowa |_|, brak orientacji |_|

Stan biologiczny:

Oddech: prawidłowy |_|, przyśpieszony |_|, zwolniony |_|, płytki |_|, stridor |_|, przez nos |_|, przez usta |_|

Plwocina: śluzowa |_|, pienista |_|, ropna |_|, krwista |_|

Kaszel: suchy |_|, wilgotny |_|, stały |_|, napadowy |_|

Duszność: spoczynkowa |_|, wysiłkowa |_|

Tętno: prawidłowe |_|, zaburzenia rytmu |_|, bradykardia |_|, tachykardia |_|

Obrzęki: uogólnione |_|, miejscowe |_|, stałe |_|, okresowe |_|

Ciężar ciała: prawidłowy |_|, niedowaga |_|, nadwaga |_|, otyłość |_|

Jama ustna: owrzodzona |_|, pleśniawki |_|, język obłożony |_|, inne |_|

Apetyt: prawidłowy |_|, wzmożony |_|, zmniejszony |_|, brak |_|

Pragnienie: prawidłowe |_|, wzmożone |_|, zmniejszone |_|

Wydalanie: prawidłowe |_|, zaparcie |_|, biegunka |_|, inne |_|

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: trudności w połykaniu |_|, zgaga |_|, odbijanie |_|, nudności |_|, wymioty |_|,
wzdęcia |_|, inne |_|, jakie?

Dieta:

Wydalenie moczu - ilość: norma wielomocz skąpomocz bezmocz
Trudności w oddawaniu moczu: utrudniony odpływ pieczenie cewki moczowej nieotrzymanie moczu
Cykl miesięczkowy u kobiet: regularny nieregularny nie dotyczy
Krwawienie miesięczkowe u kobiet: bolesne niebolesne obfite skąpe norma

Ostatnie badanie ginekologiczne (u kobiet):

Ruchomość w stawach: pełna ograniczona

Dolegliwości ze strony stawów: obrzęki zaczerwienienia bolesność

Wzrok : prawidłowy niedowidzenie ślepotą inne , jakie?

Słuch: prawidłowy niedosłuch głuchota

Skóra: czysta brudna sucha wilgotna blada zażółcona zaczerwieniona
sinica marmurkowata uszkodzona z wykwitami patologicznymi

Występowanie odleżyn: tak nie

ocena stanu zaawansowania - stopień

lokalizacja odleżyn:

Występowanie dolegliwości bólowych:

umiejscowienie:

charakter bólu

okresy nasilenia bólu

wrażliwość na przyjmowane leki p/bólowe

Korzystanie z form długoterminowej opieki domowej:

hospicjum domowego: tak nie , jeśli tak - data objęcia opieką

długoterminowej opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie: tak nie , jeśli tak -
- data objęcia opieką

Ocena końcowa stanu świadczeniobiorcy – diagnoza pielęgniarska

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

Sprzęt pomocniczy do opieki i pielęgnacji:

Zapotrzebowanie:

.....
.....

.....
Data, czytelny podpis lub pieczęć pielęgniarki poz

*Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr/2009/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia2009 r.*

L.p.	Data	Opis udzielonego świadczenia	Podpis pielęgniarki poz