*I część systemu kodu resortowego,*

*V część systemu jednostki organizacyjnej ………………………………………………*

*miejscowość, data*

…………………………………………

*pieczątka świadczeniodawcy Nr tel.*

*Nr umowy z NFZ*

**HISTORIA CHOROBY**

2142 PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE SWIADCZENIOBIORCY:** | | | | | | |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia  I\_I\_I-I\_I\_I-I\_I\_I\_I | | Płeć  K I\_I M I\_I | | Nr ewidencyjny PESEL  I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I |
| Podstawa ubezpieczenia: Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego:  Zatrudnienie I\_I Renta I\_I Emerytura I\_I Inne I\_I I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I | | | | | | |
| Adres zamieszkania:  …………………………………………………  …………………………………………………  …………………………………………………  ………………………………………………… | | Osoba bezpośrednio opiekująca się świadczeniobiorcą:  ………………………………………  ………………………………………  ………………………………………  (nazwisko, imię, stopień pokrewieństwa, telefon) | | | Instytucja opiekująca się świadczeniobiorcą:  ………………………………………  ………………………………………  ………………………………………  ………………………………………  (nazwa, adres, telefon) | |
| Nazwisko i imię lekarza POZ:  ………………………………………………………………..  ……………………………………………………………….. | | | Dane adresowe lekarza POZ:  ………………………………………………………………..  ………………………………………………………………..  ………………………………………………………………..  (nazwa, adres, telefon) | | | |
| **DANE O STANIE ZDROWIA ŚWIADCZENIOBIORCY:** Zdrowy I\_I Chory I\_I | | | | | | |
| **Wzrost: Waga:** | | | | | | |
| **Występujące alergie:** | | | | | | |
| **Nałogi:**  kawaI\_Ipapierosy I\_Ialkohol I\_I 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 I\_I, na piętrze I\_I, którym? ……, dom jednorodzinny I\_I, dom wielorodzinny I\_I, metraż ……,  liczba izb …….., liczba osób wspólnie zamieszkujących ……., stopień pokrewieństwa ………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………….  Mieszkanie: suche I\_I, wilgotne I\_I, widne I\_I, ciemne I\_I, słoneczne I\_I, nie słoneczne I\_I,  wodociąg I\_I, studnia I\_I, C.O. I\_I, piec kaflowy I\_I, kuchnia węglowa I\_I, kuchnia gazowa (elektr.) I\_I,  WC w domu I\_I, WC poza domem (mieszkaniem) I\_I, łazienka I\_I, udogodnienia (pralka, lodówka, telefon) I\_I,  **Uwagi:** ……………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Zagrożenia rodziny, pracy i środowiska:**  Rodzinne występowanie chorób: tak I\_I, nie I\_I, jeśli tak, to jakich? …………………………………………………..  Uzależnienia u członków rodziny wspólnie zamieszkujących:  tak I\_I, nie I\_I, jeśli tak, to jakie? ………………………………………………………………………………………..  Zatrudnienie: nauka I\_I, praca fizyczna I\_I, umysłowa I\_I, zmianowość I\_I, bezrobotny(a) I\_I  Zagrożenia ekologiczne tak I\_I, nie I\_I, jeśli tak, to jakie?...................................................................................  Zagrożenia w środowisku pracy (nauki) I\_I, jakie? ……………………………………………………………………. |
| **Higiena:** mieszkanie zadbane: tak I\_I, nie I\_I, higiena osobista, bielizna, odzież – czyste: tak I\_I, nie I\_I |
| **Wydolność opiekuńcza rodziny:** pełna: tak I\_I, nie I\_I, liczba godzin deficytu …………………………………. |
| **Status materialny:** dobry I\_I, średni I\_I, zły I\_I |
| **DANE O FUNKCJONALNOŚCI ŚWIADCZENIOBIORCY:** |
| **Stan psychiczny pacjenta:**  Kontakt słowny: łatwy do nawiązania I\_I, logiczny I\_I, ograniczony I\_I, nie logiczny I\_I, brak kontaktu I\_I  Zachowanie: spokojne: I\_I, z cechami nadpobudliwości I\_I, agresywne I\_I, apatia I\_I  Nastrój: pogodny I\_I, euforyczny I\_I, obniżony I\_I, płaczliwy I\_I, depresyjny I\_I  Uwaga/koncentracja: skupiona I\_I, trudność w skupieniu uwagi I\_I, całkowita dekoncentracja I\_I  Pamięć: bez zaburzeń I\_I, trudność w zapamiętywaniu I\_I, nie pamięta zdarzeń przeszłych I\_I,  nie pamięta zdarzeń świeżych I\_I, luki pamięciowe I\_I, konfabulacje I\_I  Orientacja w czasie, miejscu i sytuacji osobistej: prawidłowa I\_I, częściowa I\_I, brak orientacji I\_I  **Stan biologiczny:**  Oddech: prawidłowy I\_I przyśpieszony I\_I zwolniony I\_I płytki I\_I stridor I\_I przez nos I\_I przez usta I\_I  Plwocina: śluzowa I\_I pienista I\_I ropna I\_I krwista I\_I  Kaszel: suchy I\_I wilgotny I\_I stały I\_I napadowy I\_I  Duszność: spoczynkowa I\_I wysiłkowa I\_I  Tętno: prawidłowe I\_I zaburzenia rytmu I\_I bradykardia I\_I tachykardia I\_I  Obrzęki : uogólnione I\_I miejscowe I\_I stałe I\_I okresowe I\_I  Ciężar ciała: prawidłowy I\_I niedowaga I\_I nadwaga I\_I otyłość I\_I  Jama ustna: owrzodzona I\_I pleśniawki I\_I język obłożony I\_I inne I\_I  Apetyt: prawidłowy I\_I wzmożony I\_I zmniejszony I\_I brak I\_I  Pragnienie: prawidłowe I\_I wzmożone I\_I zmniejszone I\_I  Wydalanie: prawidłowe I\_I zaparcie I\_I biegunka I\_I inne I\_I  Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: trudności w połykaniu I\_I zgaga I\_I odbijanie I\_I nudności I\_I wymioty I\_I  wzdęcia I\_I inne I\_I, jakie? ………………………………………………………  Dieta: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  Wydalanie moczu - ilość: norma I\_I wielomocz I\_I skąpomocz I\_I bezmocz I\_I  Trudności w oddawaniu moczu: utrudniony odpływ I\_I pieczenie cewki moczowej I\_I nieotrzymanie moczu I\_I  Cykl miesiączkowy u kobiet: regularny I\_I nieregularny I\_I nie dotyczy I\_I  Krwawienie miesiączkowe u kobiet: bolesne I\_I niebolesne I\_I obfite I\_I skąpe I\_I norma I\_I  Ostatnie badanie ginekologiczne (u kobiet): …………………………………………………………………………………………  Ruchomość w stawach: pełna I\_I ograniczona I\_I  Dolegliwości ze strony stawów: obrzęki I\_I zaczerwienienia I\_I bolesność I\_I  Wzrok : prawidłowy I\_I niedowidzenie I\_I ślepota I\_I inne I\_I, jakie? ……………………………………………  Słuch: prawidłowy I\_I niedosłuch I\_I głuchota I\_I  Skóra: czysta I\_I brudna I\_I sucha I\_I wilgotna I\_I blada I\_I zażółcona I\_I zaczerwieniona I\_I  sinica I\_I marmurkowata I\_I uszkodzona I\_I z wykwitami patologicznymi I\_I  **Występowanie odleżyn:** tak I\_I nie I\_I  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 I\_I nie I\_I, jeśli tak - data objęcia opieką ………………………………………………………  długoterminowej opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie: tak I\_I nie I\_I,   jeśli tak - data objęcia opieką …………………………………………………. |
| **Uzyskana ocena punktowa samoobsługi świadczeniobiorcy wg skali Barthel** ………… |
| **Ocena końcowa stanu świadczeniobiorcy – diagnoza pielęgniarska**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………......  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Sprzęt pomocniczy do opieki i pielęgnacji:  Zapotrzebowanie: ……………………………………………………………………………………………..………………..……………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Informacja o objęciu pielęgniarską opieką długoterminową domową**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**KWALIFIKACJA DO PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ**

ze względu na stan zdrowia pacjent …………………….………………………………….

Imię /nazwisko / PESEL

nie wymaga / wymaga stałej / wymaga czasowej \* opieki pielęgniarki długoterminowej domowej

data objęcia opieką …………………….. ………………………………………………

data, czytelny podpis lub parafa i pieczątka

pielęgniarki opieki długoterminowej

data wypisu / zgonu \* ………………………..

**WSKAZÓWKI DO DALSZEGO POSTĘPOWANIA**

1. Pacjent przekazany pod opiekę: rodziny, osób innych, pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, szpitala na oddział ……………………………….……… w miejscowości ………………………, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego / opiekuńczo leczniczego\*, ……………………………………………………………………………………………
2. Stan fizyczny- kategoria pielęgnacyjna \*

* opieka minimalna – pacjent samodzielny
* opieka umiarkowana – wymaga pomocy przy wykonywaniu niektórych czynności
* opieka wzmożona - wymaga pomocy przy wszystkich czynnościach
* opieka intensywna - wymaga wszechstronnej opieki pielęgniarskiej

1. Chory wymaga pomocy w zakresie \*

* odżywiania
* utrzymania higieny ciała
* ruchu
* ……………………………………………………………………………………………………

1. Pacjent ma założony \* Data założenia

* Cewnik Foleya ……………………………
* Wkłucie ……………………………
* Dreny ……………………………
* Opatrunek ……………………………
* …………………………… ……………………………

1. Ocena stanu skóry: wskazówki **\***

* Profilaktyka odleżyn

1. Pozostałe wskazówki dla pacjenta

…………………………………………………………………………………………………………..

1. Wskazówki dla rodziny / opiekunów

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………..…………………………………………… ………………..………………………………………………………..

data i podpis Świadczeniobiorcy/Opiekuna data, czytelny podpis lub pieczątka pielęgniarki

\*właściwe zakreślić