

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego
lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
w Sokołowsku/Rościszowie:.....

Data urodzenia: **PESEL:**

Adres:

I. **WYWIAD** (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

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

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI (nazwa, dawkowanie):

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

BADANIA PRZEDMIOTOWE:

waga wzrost ciepłota ciała:

1. **Układ oddechowy:** wydolny – niewydolny

Duszność: nie – tak, spoczynkowa – wysiłkowa, kaszel: nie – tak, jaki

Płwocina: śluzowa – pienista – ropna – krwista

Rurka tracheotomijna: nie – tak (rozmiar, data założenia):

2. **Układ krążenia:**

Wydolny – niewydolny (stopień wg NYHA), RR mmHg, tętno/min

Sinica: nie – tak, obwodowa – centralna, obrzęki (umiejscowienie)

Zaburzenia rytmu serca: nie – tak (jakie)

Stymulator serca: nie – tak (typ, rok założenia, przyczyna)

Omdlenia: nie – tak (przyczyna)

3. Układ pokarmowy:

Stan odżywienia: norma – otyłość – kacheksja, BMI, rodzaj diety

Nietolerancje pokarmowe: nie – tak (jakie)

Stomia: nie – tak, biegunki/zaparcia: nie – tak

Sonda: odżywcza – odbarczająca, gastrostomia: nie – tak

Nieoperacyjna niedrożność jelit: nie – tak, nudności – wymioty: nie – tak

Zmiany w jamie ustnej: nie – tak (jakie)

4. Układ moczowo – płciowy:

Diureza: norma – wielomocz – skąpomocz – bezmocz

Nietrzymanie moczu: nie – tak; przerost gruczołu krokowego: nie – tak

Zakażenia dróg moczowych: nie – tak

Upławy: nie – tak (przyczyna i rodzaj wydzieliny)

5. Układ ruchu:

Ruchomość w stawach: pełna – ograniczona; osteoporoza: nie – tak

Złamanie kości: nie – tak (umiejscowienie, data urazu, postępowanie dotychczas i dalsze)

.....

.....

6. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

Stan świadomości: pełna – ograniczona – chory nieprzytomny – stan wegetatywny

Kontakt słowny: pełny – afazja; kontakt logiczny: pełny – brak

Niedowład/porażenia: nie – tak (umiejscowienie)

.....

Wzrok: prawidłowy – niedowidzenie – ślepotą – jaskra

Słuch: prawidłowy – niedosłyszenie – głuchota – aparat słuchowy

Sen: prawidłowy – odwrócenie rytmu dobowego – bezsenność; pobudzenie psychoruchowe: nie – tak

7. Skóra: zaróżowiona – blada – zażółcona - sinica; czysta - brudna; sucha - wilgotna,

Otarcie naskórka: nie – tak (lokalizacja):

Oparzenia: nie – tak (lokalizacja):

Owrzodzenia żyłakowe: nie – tak (umiejscowienie, stan owrzodzenia, leczenie):

.....

.....

8. Odleżyny: nie – tak

Umiejscowienie odleżyn	Stopień zaawansowania	Rozmiar w cm ²
Kość ogonowa i krzyżowa		
Kostka boczna (prawa-lewa)		
Kostka przyśrodkowa (prawa-lewa)		
Krętarz kości biodrowej (prawy-lewy)		
Pięta (prawa-lewa)		
Guz kulszowy (prawy-lewy)		
Inne obszary		

Rozpoznanie zasadnicza:

Choroby współistniejące *)

Choroba zakaźna: tak – nie, jeśli tak to jaka?

Gruźlica: tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak – nie

Narkomania/alkoholizm: tak – nie

Choroba nowotworowa: tak – nie, , jeśli tak, to czy w fazie terminalnej: tak – nie

Choroba psychiczna tak – nie, jeśli tak, to jaka?

Zakres opieki medycznej: Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

Wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji: tak – nie

W chwili badania wymaga hospitalizacji: tak – nie

Proces diagnostyczno – terapeutyczny został zakończony: tak – nie

II. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego *).

Wyrażam – nie wyrażam *) zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....
(pieczęć i podpis lekarza – data)

*) – niepotrzebne skreślić