

WYWIAD OPIEKUNA MEDYCZNEGO

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pieczętka podmiotu

.....
Numer karty

.....
Data

Opiekun medyczny

Adres zamieszkania..... Płeć M K Stan cywilny.....

Orzeczenie o niepełnosprawności TAK NIE Opieka w domu RODZINA OPIEKUN INNE OSOBY

ROZRUSZNIK SERCA TAK NIE SZKŁA KONTAKTOWE TAK NIE OKULARY TAK NIE

PROTEZY KOŃCZYN GÓRNA TAK NIE DOLNA TAK NIE

PROTEZA ZĘBÓW GÓRNA TAK NIE DOLNA TAK NIE

APARAT SŁUCHOWY TAK NIE WÓZEK INWALIDZKI TAK NIE SPRZĘT WSPOMAGAJĄCY CHÓD TAK NIE

INNE

STAN ŚWIADOMOŚCI, STAN PSYCHICZNY (mowa, zachowanie, nastrój)

SPOKOJNY W KONTAKCIE POBUDZONY UTRUDNIONY KONTAKT BRAK KONTAKTU

CZY WIE, KIM JEST TAK Z PRZERWAMI NIE

ORIENTACJA CO DO CZASU TAK Z PRZERWAMI NIE

ORIENTACJA CO DO MIEJSCA TAK Z PRZERWAMI NIE

KOMUNIKOWANIE SIĘ WIDZI TAK TRUDNOŚCI NIE

MÓWI TAK TRUDNOŚCI NIE

SŁYSZY TAK TRUDNOŚCI NIE

STAN SPOŁECZNY – KONTAKT Z RODZINĄ

DOBRY SŁABY ZŁY BRAK PACJENT SAMOTNY

ODŻYWIANIE – DIETA

OGÓLNA PAPKOWA SPECJALNA* LEKKOSTRAWNA POZAJELITOWA** SONDA**

INNE

ALERGIE I UCZULENIA

Poziom niesamodzielności (skala Barthel) O – całkowita (0–20 pkt), P – znaczna (20–80 pkt), A – umiarkowana (80–100 pkt)

Lp.	Nazwa czynności /2/	Wartość punktowa /3/
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym / wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	

WYWIAD OPIEKUNA MEDYCZNEGO

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pieczętka podmiotu

.....
Numer karty

.....
Data

.....
Opiekun medyczny

2.	<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc społeczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 = samodzielny</p>	
3.	<p>Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnioną pomocą)</p>	
4.	<p>Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale pewne czynności może wykonać sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5.	<p>Mycie się, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem</p>	
6.	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = nie porusza się lub do <50 m 5 = niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m 10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50 m</p>	
7.	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10 = samodzielny</p>	
8.	<p>Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności samodzielnie 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, wznoszeniu rękawic itp.</p>	
9.	<p>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec</p>	
10.	<p>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, kontroluje oddawanie moczu</p>	
	<p>SUMA</p>	

KATEGORIA PIELĘGNACYJNA

OPIEKA MINIMALNA – pacjent samodzielny

OPIEKA UMIARKOWANA – pacjent wymaga pomocy przy niektórych czynnościach

OPIEKA WZMOŻONA – pacjent wymaga pomocy przy wszystkich czynnościach

WYWIAD OPIEKUNA MEDYCZNEGO

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pieczętka podmiotu

.....
Numer karty

.....
Opiekun medyczny

Data

CYKLICZNE ZABIEGI I KONTROLE*

LEKARSKIE

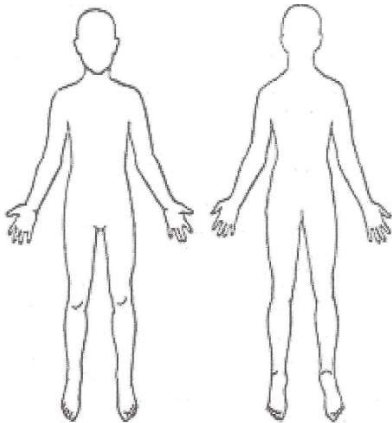
PIELĘGNIARSKIE

REHABILITACYJNE

TERAPEUTYCZNE

INNE

ZAZNACZ ODLEŻYNY



UWAGI

WYWIAD OPIEKUNA MEDYCZNEGO

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pieczętka podmiotu

.....
Numer karty

.....
Opiekun medyczny

Data

* NA ODWROTCIE KARTY WPISAĆ JAKA

**CZYNNOŚĆ WYKONUJE OSOBA MAJĄCA DO TEGO KWALIFIKACJE ZAWODOWE