

WYWIAD OPIEKUNA MEDYCZNEGO

Marcel Marzec
Imię i nazwisko pacjenta

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski
ul. Orna 5, 60-963 Poznań
Pieczętka podmiotu

0803
Numer karty

Aleksandra Kwiecień

Data 23.03.2022

Opiekun medyczny

Adres zamieszkania. Ul. Rolna 98, 60-986 Kletno

Płeć MK

Stan cywilny wdowiec

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)

<u>SPOKOJNY</u>	W KONTAKCIE	POBUDZONY	UTRUDNIONY KONTAKT	BRAK KONTAKTU
CZY WIE, KIM JEST		<u>TAK</u> Z PRZERWAMI	NIE	
ORIENTACJA CO DO CZASU		TAK <u>PRZERWAMI</u>	NIE	
ORIENTACJA CO DO MIEJSCA		<u>TAK</u> Z PRZERWAMI	NIE	
KOMUNIKOWANIE SIĘ	WIDZI	<u>TAK</u> TRUDNOŚCI	NIE	
	MÓWI	TAK <u>TRUDNOŚCI</u>	NIE	
	SŁYSZY	<u>TAK</u> 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 brak

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	5

WYWIAD OPIEKUNA MEDYCZNEGO

Marcel Marzec

Imię i nazwisko pacjenta

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski

ul. Orna 5, 60-963Poznań

Pieczętka podmiotu

0803

Numer karty

Aleksandra Kwiecień

Data 23.03.2022

Opiekun medyczny

2.	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	10
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnioną pomocą)	5
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale pewne czynności może wykonać sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	5
5.	Mycie się, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	0
6.	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	0
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10 = samodzielny	0
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności samodzielnie 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, wznoszeniu nóg itp.	5
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	10
10.	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	5
	SUMA	45

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

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski
ul. Orna 5, 60-963Poznań

Marcel Marzec
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pieczętka podmiotu

0803
.....
Numer karty

Aleksandra Kwiecień
Opiekun medyczny

Data 23.03.2022

CYKLICZNE ZABIEGI I KONTROLE*

LEKARSKIE

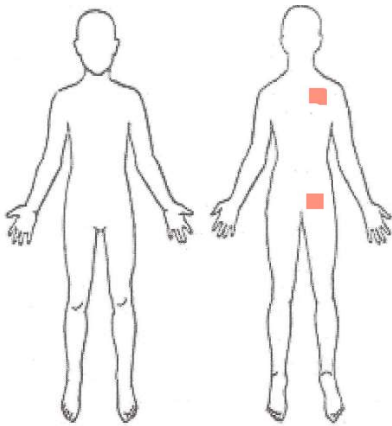
PIELĘGNIARSKIE

REHABILITACYJNE

TERAPEUTYCZNE

INNE

ZAZNACZ ODLEŻYNY



UWAGI

WYWIAD OPIEKUNA MEDYCZNEGO

Marcel Marzec

Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pieczętka podmiotu

.....
Numer karty

.....

Data

Opiekun medyczny

* NA ODWROCIE KARTY WPISAĆ JAKA

**CZYNNOŚĆ WYKONUJE OSOBA MAJĄCA DO TEGO KWALIFIKACJE ZAWODOWE