

Wywiad opiekuna medycznego

Pieczęć podmiotu

Numer karty

Imię i nazwisko chorego

Opiekun medyczny

Data

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

Protezy kończyn: dolna: tak, nie

Proteza zębów: górna: tak, nie

Proteza zębów: 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

Słyszcy: tak, trudności, nie

Stan społeczny: kontakt z rodziną

Dobry, słaby, zły, brak, pacjent samotny

Odżywianie: dieta

Ogólna, papkowa, specjalna*, lekkostrawna, pozajelitowa**, sonda**

* Na odwrocie karty wpisać jaka

**Czynność wykonuje osoba mająca do tego kwalifikacje zawodowe

Inne

Alergie i uczulenia

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

Lp.	Nazwa czynności /2/	Wartość punktowa/3/
1.	<p>Spożywanie posiłków</p> <p>0 pkt. nie jest w stanie samodzielnie jeść</p> <p>5 pkt potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym / wymaga zmodyfikowanej diety</p> <p>10 pkt. samodzielny, niezależny</p>	
2.	<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie</p> <p>0 pkt. nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu</p> <p>5 pkt. większa pomoc społeczna (jedna lub dwie osoby)</p> <p>10 pkt. mniejsza pomoc słowna lub fizyczna</p> <p>15 pkt. samodzielny</p>	
3.	<p>Utrzymanie higieny osobistej</p> <p>0 pkt. potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych</p> <p>5 pkt. niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnioną pomocą)</p>	
4.	<p>Korzystanie z toalety (WC)</p> <p>0 pkt. zależny</p> <p>5 pkt. potrzebuje pomocy, ale pewne czynności może wykonać sam</p> <p>10 pkt. niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5.	<p>Mycie się, kąpiel całego ciała</p> <p>0 pkt. zależny</p> <p>5 pkt. niezależny lub pod prysznicem</p>	

6.	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</p> <p>0 pkt. nie porusza się lub do <50 m</p> <p>5 pkt. niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m</p> <p>10 pkt. spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m</p> <p>15 pkt. niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50 m</p>	
7.	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach</p> <p>0 pkt. nie jest w stanie</p> <p>5 pkt. potrzebuje pomoc słownej, fizycznej, przenoszenie</p> <p>10 pkt. samodzielny</p>	
8.	<p>Ubieranie i rozbieranie się</p> <p>0 pkt. zależny</p> <p>5 pkt. potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności samodzielnie</p> <p>10 pkt. niezależny w zapinaniu guzików, zamka, wiązaniu sznurowadeł itp.</p>	
9.	<p>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</p> <p>0 pkt. nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw</p> <p>5 pkt. czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 pkt. panuje, utrzymuje stolec</p>	
10.	<p>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</p> <p>0 pkt. nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny</p> <p>5 pkt. czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 pkt. panuje, kontroluje oddawanie moczu</p>	
	Suma	

Kategoria pielęgnacyjna

Opieka minimalna: pacjent samodzielny

Opieka umiarkowana: pacjent wymaga pomocy przy niektórych czynnościach

Opieka wzmożona: pacjent wymaga pomocy przy wszystkich czynnościach

Cykliczne zabiegi i kontrole*

* Na odwrocie karty wpisać jaka

lekarskie, pielęgniarские, rehabilitacyjne, terapeutyczne, inne

Zaznacz odleżyny

