

.....
(pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej
lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego
zakładu opieki zdrowotnej na podstawie przyjętego
zamówienia

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 1.

STRUKTURA RODZINY

| Osoby mieszkające we wspólnym gospodarstwie domowym | | | | | |
|---|-----------------|------|-----------------------|--------------------|--------------|
| lp. | imię i nazwisko | wiek | stopień pokrewieństwa | aktywność zawodowa | stan zdrowia |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Pozostali członkowie najbliższej rodziny | | | | | |
|--|-----------------|------|-----------------------|--------------------|--------------|
| lp. | imię i nazwisko | wiek | stopień pokrewieństwa | aktywność zawodowa | stan zdrowia |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CZĘŚĆ 2.

SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

| Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej | | | | | | Liczba ptk | |
|--|---|--|---|--|---|------------|--|
| oddzielne mieszkanie | 0 | Oddzielny pokój | 2 | pokój wspólny z innymi osobami | 3 | | |
| usytuowanie mieszkania parter | 0 | Powyżej parteru z windą | 2 | powyżej parteru bez windy | 3 | | |
| ogrzewanie CO | 0 | Ogrzewanie węglowe | 2 | brak stałego ogrzewania | 3 | | |
| pełny dostęp do łazienki | 0 | Ograniczony dostęp do łazienki | 2 | brak łazienki | 3 | | |
| pełny dostęp do WC | 0 | Ograniczony dostęp do WC | 2 | dostęp do WC poza budynkiem | 3 | | |
| pełny dostęp do kuchni | 0 | Ograniczony dostęp do kuchni | 2 | brak dostępu do kuchni | 3 | | |
| warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie/pokój*) czyste, suche, widne, przestronne*) | 0 | Warunki higieniczne zadowalające mieszkanie/pokój*) dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne*) | 2 | warunki higieniczne złe mieszkanie/pokój*) zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*) | 4 | | |
| pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej | 0 | Częściowe przystosowanie mieszkania | 2 | mieszkanie nie przystosowane | 3 | | |
| | | | | | | Suma ptk | |

*) Właściwe podkreślić.

- sytuacja b. dobra: 0-4 ptk kategoria A
- sytuacja zadowalająca: 5 do 10 ptk kategoria B
- sytuacja zła: 11 do 25 ptk kategoria C

CZEŚĆ 3.

OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA

| Zakres sprawowanej opieki | Kategoria*) |
|---|-------------|
| Pełna wydolność opiekuńcza rodziny | A |
| Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób) | B |
| Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych | C |

Właściwe podkreślić

CZEŚĆ 4.

ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

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

| Zakres wymaganej opieki | Kategoria*) |
|---|-------------|
| Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa | A |
| Wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa | B |
| Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarstwa | C |

*)Właściwe podkreślić.

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZEŚCIACH 2-4

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

.....
(podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad)

.....
(data)

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*)

*)Niepotrzebne skreślić.