

WSTĘPNA OCENA STANU ZDROWIA

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. PESEL:
4. Rozpoznanie choroby (z kodem ICD 10):
.....
.....
5. Choroby współistniejące (z kodem ICD 10) i przebyte operacje:
.....
.....
6. Ocena wydolności układu krążenia wg NYHA:
7. Opis niewydolności układu krążenia:
.....
8. Stan krążenia obwodowego:
9. Inne informacje dotyczące krążenia:
10. Wydolność układu oddechowego: tak / nie (opis zaburzeń w wypadku niewydolności):
.....
.....
.....
11. EKG – zapis prawidłowy / zmiany w zapisie (jakie):
12. Ciśnienie tętnicze:
13. Cukrzyca: tak / nie
14. Wyniki badań laboratoryjnych: OB: Kreat: Leuk. W moczu:
Glukoza: B: ER: NA: K: CRP:
15. Przebyta rehabilitacja:
.....
.....
16. Ocena stanu psychicznego:
 - a) Pacjent rozumie i wykonuje polecenia: tak / nie

- b) uzależnienia: tak / nie (jeśli tak to od czego)
- c) Pacjent wymaga stosowania leków uspokajających: tak / nie (jakich)
-

17. Wywiad:

- a) Odleżyny: tak/nie (opis umiejscowienia i ran)
- b) Cewnik moczowy: tak / nie
- c) Gastrostomia / sonda: tak / nie (od kiedy)
- d) Stomia: tak / nie
- e) Cewnik w układzie moczowym: tak / nie
- f) Włucie centralne: tak / nie (od kiedy)

18. Mobilność (proszę podkreślić właściwe):

- a) mobilny
- b) laska / kule
- c) wózek inwalidzki
- d) niemobilny / leżący (łóżko)
- e) inne zaopatrzenie ortopedyczne (jakie)
-

19. Pacjent potrzebuje pomocy przy (proszę podkreślić właściwe):

- a) jedzeniu
- b) ubieraniu się i rozbieraniu
- c) poruszaniu się

20. codziennej higienie osobistej

- d) inne (jakie)
-

21. Żywienie (proszę podkreślić właściwe):

- a) diety:
- b) alergię pokarmowe:

22. Czy pacjent stwarza zagrożenie (może być niebezpieczny) dla (proszę podkreślić właściwe):

- a) siebie
- b) innych
- jeżeli tak, to dlaczego:
-
-

23. Leki przyjmowane regularnie:

L.p.	Nazwa leku	Dawkowanie

24. Osoba wyżej wymieniona wymaga całodobowej opieki i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji: tak / nie

25. Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia w rehabilitacji ogólnoustrojowej: tak / nie

26. Dane opiekuna:

Imię i nazwisko:

Numer telefonu do kontaktu:

Stopień pokrewieństwa:

.....

data, podpis i pieczęć lekarza