

Występujące napięcie mięśniowe

<input type="checkbox"/> podwyższone	<input type="checkbox"/> sztywność	<input type="checkbox"/> spastyka	gdzie?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> normalne			gdzie?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> obniżone	<input type="checkbox"/> wiotkie	<input type="checkbox"/> brak wg EMG	gdzie?	<input type="text"/>

Przykurcze mięśniowe

brak występują gdzie?

Pacjent pobudzony psychoruchowo TAK NIE

Czucie głębokie

normalne zaburzone gdzie?

Czucie powierzchniowe

normalne zaburzone gdzie?

INTERNA

Wzrost **Waga**

CRP data PCT data

Wyniki wymazu z odbytu w kierunku szczepów wieloopornych (VRE, MBL).

MBL data INNE data

VRE data ESBL data

JONOGRAM

MORFOLOGIA

RTG PŁUC * TAK NIE opis w załączeniu TAK NIE

*Należy dołączyć opis

Badanie COVID-19 Wynik data

Obrzęki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Lokalizacja	<input type="text"/>
Rany	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Rodzaj	<input type="text"/>
Odleżyny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Okolica	<input type="text"/>
		Stopień	<input type="text"/>

Układ krążenia

Ciśnienie tętnicze krwi mmHG Obecność kardiowertera TAK NIE

Czynność serca miarowa niemiaraowa ok. /min

Układ oddechowy

wydolny niewydolny tracheostomia respiratoroterapia tlenoterapia

Rodzaj rurki tracheostomijnej

Wynik posiewu z rurki tracheostomijnej data

Data założenia/ostatniej zmiany rurki

Zaleganie w drzewie oskrzelowym

Uwagi

Układ pokarmowy

Sonda do żołądka PEG Dieta przemysłowa TAK NIE

Zalecenia dotyczące żywienia

Układ moczowyCewnik do pęcherza moczowego TAK NIERodzaj cewnika Wynik posiewu z moczu dataCzy występowały problemy z cewnikowaniem TAK NIE

Data założenia/ostatniej wymiany cewnika

Kontrola zwieraczy TAK NIE**Aktualne leczenie farmakologiczne**

Antybiotykoterapia w ostatnich 2 tygodniach

Leki p/gorączkowe w ostatnich 2 tygodniach

Aktualne leczenie farmakologiczne

Kategoria opieki pielęgniarskiej: I II III IV Uzasadnienie:

Choroby onkologiczne TAK NIE
ORTOPEDIARodzaj urazu Po operacji TAK NIERodzaj zabiegu
Świeże badanie RTG TAK NIE Opis w załączeniu TAK NIEAktualna konsultacja ortopedyczna TAK NIE Opis konsultacji w załączeniu TAK NIE
Stan narządu ruchu Przykurcze Zaniki mięśniowe Zespolenia TAK NIERodzaj zespolenia Przeciwwskazania do wykonywania MRI TAK NIE

Lokomocja pacjenta

- Pacjent leżący TAK NIE
- Chód z pomocą samodzielnie nie chodzi
- Porusza się na wózku z pomocą samodzielnie nie chodzi
- Wózek własny wypożyczony brak wózka

Mowa i porozumiewanie się

- bez zaburzeń zaburzone jakie?

- Motywacja do rehabilitacji** jest brak trudne do oceny

UMIĘTNOŚĆ WYKONYWANIA CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO

- Czy pacjent jest samodzielny w życiu codziennym TAK NIE

Jeśli nie to w jakim zakresie potrzebuje pomocy?

Czy pacjent jest w stanie samodzielnie:

- przygotowywać sobie posiłki TAK NIE
- jeść TAK NIE
- ubierać się TAK NIE
- dokonywać toalety porannej TAK NIE
- kąpać się TAK NIE
- przesiadać się z łóżka na krzesło TAK NIE
- wstać z krzesła TAK NIE
- chodzić po schodach TAK NIE

Czy pacjent porusza się samodzielnie? TAK NIE

Czy pacjent porusza się z pomocą drugiej osoby lub zaopatrzenia ortopedycznego? TAK NIE

Czy pacjent porusza się samodzielnie:

- tylko pomieszkaniu? TAK NIE
 - czy pacjent wychodzi na zakupy? TAK NIE
 - czy pacjent chodzi na spacer? TAK NIE
- Jeśli tak to na jaką odległość?

Niniejszym potwierdzam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne z aktualnym stanem zdrowia pacjenta.
Zobowiązuję się dostarczyć na prośbę zespołu kwalifikacyjnego wyniki badań obrazowych, laboratoryjnych, wymazy z ran/odbytu lub epikryzę wśród pobytową.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA