

Projekt „**Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom niesamodzielnym**”  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 4 Ocena stanu zdrowia pacjenta do Regulaminu Rekrutacji i udziału w projekcie „Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom niesamodzielnym”

## OCENA STANU ZDROWIA PACJENTA

Nazwisko i imię: .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

### I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

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

### II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost .....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

.....  
 odleżyny  owrzodzenia troficzne  rany przewlekłe

2. Układ oddechowy

.....  
.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny<sup>1</sup>, ciśnienie krwi.....

tętno/min .....,.....

4. Układ pokarmowy.....

.....  
 gastrostomia  zgłębnik do żołądka  nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy .....

.....  
.....  
 nietrzymanie moczu  cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

Projekt „Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców,  
dedykowanych osobom niesamodzielnym”  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego  
Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

.....  
.....  
 leżący  chodzący  poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych  
7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....  
.....  
8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):  
.....  
.....

**III. Schorzenia współistniejące\*):**

- a) choroba zakaźna **tak – nie** , jeśli tak, to jaka?.....  
b) gruźlica tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**  
c) narkomania **tak – nie**  
d) alkoholizm **tak – nie**  
e) choroba psychiczna **tak – nie, jeśli tak , to jaka ?**.....  
f) choroba nowotworowa .....  
g) zespół otępienny ( Alzheimer ) **tak – nie**

**IV. Stopień niesamodzielnności: ( proszę zakreślić właściwe odpowiedzi)**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Kontakt słowny utrudniony  | <input type="checkbox"/> |
| Osoba leżąca   | <input type="checkbox"/> |
| Osoba słabo poruszająca się po mieszkaniu  | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc przy ubieraniu się  | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w myciu się   | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w poruszaniu się  | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w jedzeniu  | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w zażywaniu leków   | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w korzystaniu z toalety   | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w wychodzeniu z domu  | <input type="checkbox"/> |
| Wymagana pomoc w czynnościach gospodarczych,<br>jeśli tak to w jakich: ( np. przygotowanie posiłku,<br>zrobienie zakupów itp.) | <input type="checkbox"/> |

V. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga dziennej opieki środowiskowej, pielęgnacji ,  
Rehabilitacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „**Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców,  
dedykowanych osobom niesamodzielnym**”  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego  
Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

VI. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....

\* Niepotrzebne skreślić