

.....
Pieczęć Zakładu wydającego skierowanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo –Leczniczego:

Data urodzenia:.....

Adres:

ROZPOZNANIE ZASADNICZE +CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE

I. AKTUALNIE POBIERANE LEKI (nazwa, dawkowanie):

▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE:

▪ waga..... ,	▪ wzrost..... ,	▪ ciepłota..... ,
------------------	--------------------	----------------------

1. Układ oddechowy:

- wydolny – niewydolny,
- kaszel tak – nie (jaki?)
.....
- duszność tak – nie spoczynkowa - wysiłkowa,
- plwocina śluzowa – pianista – ropna – krwista,
- rurka tracheotomijna tak – nie (rozmiar, data założenia)
.....

2. Układ krążenia:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ wydolny –niewydolny (stopień wg NYHA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RR.....,
<ul style="list-style-type: none"> ▪ tętno/min....., 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sinica tak- nie/obwodowa- centralna,
<ul style="list-style-type: none"> ▪ obrzęki (umiejscowienie)..... 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ zaburzenia rytmu serca tak -nie (jeśli tak, to jakie?)..... 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ stymulator serca tak – nie (typ, rok założenia, przyczyna)..... 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ omdlenia tak – nie (jeśli tak, podać przyczynę)..... 	

3. Układ pokarmowy:

- ewentualne schorzenia
- stomie
- nietolerancje pokarmowe
- biegunki, zaparcia tak – nie,
- rodzaj diety

4. Układ moczowo – płciowy

- wielomocz/skąpomocz/bezmocz/norma,
- przerost gruczołu krokowego tak – nie,
- nietrzymanie moczu tak –nie,
- zakażenie dróg moczowych tak – nie,
- upławy tak –nie (jeśli tak – podać przyczynę i rodzaj wydzieliny).....

5. Układ ruchu:

- ruchomość w stawach pełna – ograniczona,
- osteoporoza tak –nie,
- złamania kości tak –nie:
- podać umiejscowienie i datę urazu.....
- dotychczasowe postępowanie
- sposób dalszego postępowania
- uruchomienie gipsem tak – nie, jeśli tak – podać zakres.....

6. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ świadomość pełna/ ograniczona/ chory nieprzytomny, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kontakt słowny pełny/ afazja,
<ul style="list-style-type: none"> ▪ kontakt logiczny pełny/ brak kontaktu logicznego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sen – prawidłowy/ odwrócenie pór doby
<ul style="list-style-type: none"> ▪ wzrok- prawidłowy/ niedowidzenie/ ślepotą/ jaskra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ słuch-prawidłowy/niedostyszenie/ głuchota/ aparat słuchowy
<ul style="list-style-type: none"> ▪ niedowład/ porażenia(umiejscowienie)..... 	

7. Obwodowe węzły chłonne:

.....

8. Skóra

- czysta/ brudna, sucha/wilgotna, sinica tak – nie, blada/zażółcona zabarwienie prawidłowe,
- otarcia naskórka – umiejscowienie:
- oparzenia – umiejscowienie
- owrzodzenia żyłakowe – umiejscowienie, stan owrzodzenia, dotychczasowe leczenie

9. Odleżyny tak – nie, jeśli tak, to:

- Lokalizacja (podkreślić właściwe):

▪ Kość ogonowa i krzyżowa	▪ Kostka boczna- strona lewa/prawa
▪ Kostka przyśrodkowa - strona lewa/prawa	▪ Krętarz kości biodrowej – strona lewa/prawa
▪ Pięta prawa /lewa	▪ Guz kulszowy lewy/prawy
▪ Inne obszary	- wymieniź :
.....
.....

- **Stopień zaawansowania (podkreślić właściwe):**

- I. blednące pod uciskiem zaczerwienienie
- II. nieblednące zaczerwienienie
- III. otarcie, pęknięcie naskórka, pęcherz
- IV. owrzodzenie bez martwicy i cech zakażenia, zmiana czysta, pokryta ziarniną
- V. owrzodzenie z martwicą, przykry zapach i wyciek treści ropno – martwiczej, drążąca do kości i stawów

- **Rozmiar odleżyny (podkreślić właściwe): < 4 cm², 4,1 – 16 cm², 16,1-36cm², 36,1-80cm², >80 cm²**

- **Dotychczasowe leczenie odleżyn:**

.....
.....

10. Alergia tak- nie (jakie?)

.....

Stwierdza się, że wyżej wymieniona osoba wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji.
W chwili wydania zaświadczenia nie wymaga hospitalizacji.

.....
Pieczętka i podpis lekarza, data

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego „Tęcza”, 99-100 Łęczycy, ul. Lotnicza 2a.
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy „Tęcza” zastrzega sobie prawo przesłania pacjenta w razie pogorszenia jego stanu zdrowia do oddziału występującego o przyjęcie.

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu lub prawnego opiekuna

Opinia kwalifikacyjna przedstawiciela Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego



Pieczęć zakładu kwalifikującego

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

.....
Pieczęć zakładu wydającego skierowanie