

Data

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub indywidualnej praktyki lekarskiej

WSTĘPNA OCENA LEKARSKA

pacjenta ubiegającego się o przyjęcie do Zakładu opiekuńczo- leczniczego MAC Chorzów

Dane personalne

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania.....

.....

I. Aktualna ocena stanu zdrowia pacjenta

- Wywiad.....
.....
.....
- Przebieg choroby
.....
.....
- Stosowane leki, zaopatrzenie w środki pomocnicze i ortopedyczne.....
.....
.....
- Przebyta dotąd rehabilitacja
.....
.....
- Rozpoznanie z kodem ICD 10
.....
.....

II. Ocena stanu klinicznego :

- Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności
.....

.....
RR tętno

Stan krążenia obwodowego

.....
Inne informacje dot. krążenia

-
.....
.....
.....
.....
.....
- Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności

.....
Inne informacje dot. układu oddechowego

-
.....
.....
.....
.....
- Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy , PEG , STOMII itp.

-
.....
.....
- Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp.

-
.....
.....
- Układ ruchu

Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy

.....
.....
.....
Przebyte urazy i ich następstwa

.....
.....
.....
Ewentualne stosowane ortezy

- Układ nerwowy

Obecność niedowładów

.....
.....

Obecność ruchów mimowolnych

.....

Inne informacje dot. układu nerwowego

.....
.....

- Narządy zmysłu

Wzrok

.....

Słuch

.....

- Stan skóry: (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie)

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

III. Ocena stanu psychicznego:

- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień

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

- Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego

Zaburzenia psychiatryczne

.....

Zaburzenie zachowania

.....

Zaburzenia depresyjne

.....

Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków

.....

IV. Choroby zakaźne:

- Gruźlica.....
- HIV
- Inne (WZW B, WZW C)

V. Choroby alergiczne

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

VI. Przebyte zabiegi operacyjne

.....
.....

VII. Ocena stopnia samodzielności (Skala Barthel w załączeniu)

VII. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

.....
(podpis osoby zainteresowanej
umieszczeniem pacjenta w MAC Chorzów)

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)