



Załącznik nr 2A do Regulaminu Świadczenia Opieki Całodobowej

**SKIEROWANIE DO OBJĘCIA CAŁODOBOWĄ OPIEKĄ ŚWIADCZONĄ PRZEZ
OŚRODEK REHABILITACYJNO - OPIEKUŃCZY „DAR SERCA” ul. Zielna 2, Czernin, 82-400 Sztum
data wprowadzenia 02.01.2015 r., data modyfikacji 01.07.2019 r., 01.08.2022 r.**

Imię i nazwisko osoby kierowanej.....PESEL.....

Adres mieszkania.....

I. Wywiad (choroba zasadnicza, główne dolegliwości, ważne informacje o stanie psychicznym i funkcjonalnym)

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

II. Uczulenia.....

III. Badanie podmiotowe: waga.....wzrost.....

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

odleżyny ^x..... owrzodzenia troficzne ^x..... rany przewlekłe ^x..... (X - zaznaczyć krzyżykiem)

2. Wydolność układu oddechowego.....

3. Wydolność układu krążenia, pomiar RR.....

4. Wydolność układu pokarmowego (w tym dieta, sposób karmienia, wydalanie)

.....
.....

5. Wydolność układu moczowo-płciowego

.....

nietrzymanie moczu ^x..... cewnik do pęcherza moczowego ^x..... (x - zaznaczyć krzyżykiem)

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

.....

leżący ^x..... chodzący ^x..... poruszający się z pomocą osób trzecich / przedmiotów ortopedycznych ^x.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....

.....

9. Zlecone leczenie farmakologiczne i inne uwagi do pielęgnacji i rehabilitacji.

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona w chwili obecnej ma stabilny stan zdrowia i nie wymaga hospitalizacji.

Nie ma przeciwwskazań do korzystania z opieki całodobowej w Ośrodku Rehabilitacyjno – Opiekuńczym „DAR SERCA” w Czerninie.

W załączeniu kserokopie wyników badań laboratoryjnych: OB ^x.....Morfologia krwi ^x..... Badanie ogólne moczu ^x..... Posiew z rany ^x..... (x - zaznaczyć krzyżykiem)

.....

Data i podpis lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty