

.....
Pieczęć podmiotu kierującego

.....
Data

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY PACJENTA KIEROWANEGO DO ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU (wypełnia lekarz kierujący)

1. Nazwisko i imię 2. Data urodzenia

3. Adres do korespondencji

.....
KOD POCZTOWY / MIEJSCOWOŚĆ / ULICA / NR DOMU / NR MIESZKANIA

4. Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Telefon kontaktowy do pacjenta

6. Nr statystyczny choroby wg ICD-10

			.	
--	--	--	---	--

7. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

8. Choroby współistniejące i przebyte operacje:

9. Przebieg choroby, opis ew. urazu lub dysfunkcji narządu ruchu, opis przebiegu leczenia z uwzględnieniem dotychczas stosowanej rehabilitacji

10. Ocena wydolności układu krążenia wg NYHA

11. EKG: ZAPIS PRAWIDŁOWY/ ZMIANY W ZAPISIE (JAKIE):

12. Ciśnienie tętnicze:

			/			
--	--	--	---	--	--	--

12. Cukrzyca: TAK / NIE

13. Ocena stanu psychicznego:

a) czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia : TAK / NIE

b) czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne: TAK / NIE

c) jakie

14. Rurka tracheotomijna: TAK / NIE

15. Cewnik moczowy: TAK / NIE

16. Odleżyny: NIE / TAK – umiejscowienie (opis).....

17. Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego:

a) samodzielne mycie się: TAK / NIE

b) samodzielne ubieranie się: TAK / NIE

c) samodzielne jedzenie: TAK / NIE

d) nietrzymanie moczu: TAK / NIE

e) nietrzymanie stolca: TAK / NIE

f) samodzielne siadanie w łóżku: TAK / NIE

g) samodzielne chodzenie: TAK / NIE

h) zaopatrzenie ortopedyczne: TAK / NIE

jakie?

18. Ocena natężenia bólu w skali od 1 do 10:

19. Czy pacjent wymaga całodobowej opieki: TAK / NIE

20. Sugerowany tryb przyjęcia: STABILNY / PILNY

21. Aktualnie stosowane leki, uczulenia:

.....

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza