

Projekt „**Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców,  
dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**”  
współfinansowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Załącznik nr 3 Karta oceny stanu zdrowia pacjenta do Regulaminu Rekrutacji i udziału  
w projekcie „Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców,  
dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

## KARTA OCENY 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

.....

.....

leżący  chodzący  poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....

.....

Projekt „**Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców,  
dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**”  
współfinansowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

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 .....

**IV. Stopień niesamodzielności: ( 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, jeśli tak to w jakich: ( np. przygotowanie posiłku, zrobienie zakupów itp.)	<input type="checkbox"/>

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

**VI. Zalecenia lekarskie:**

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

\* Niepotrzebne skreślić