(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub pielęgniarki wykonującej zadania podstawowej opieki zdrowotnej)

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

**CZ**ĘŚĆ **1. STRUKTURA RODZINY**

**Osoby zamieszkuj**ą**ce we wspólnym gospodarstwie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imi**ę **i nazwisko** | **Wiek** | **Stopie**ń **pokrewie**ń**stwa** | **Aktywno**ść **zawodowa** | **Stan zdrowia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Pozostali członkowie najbli**ż**szej rodziny**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imi**ę **i nazwisko** | **Wiek** | **Stopie**ń **pokrewie**ń**stwa** | **Aktywno**ść **zawodowa** | **Stan zdrowia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CZ**ĘŚĆ **2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJ**Ą**CEJ SI**Ę **O PRZYJ**Ę**CIE DO ZAKŁADU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria oceny sytuacji mieszkaniowej** | | | | | | **Liczb**  **a pkt** |
| Oddzielne mieszkanie | **0** | Oddzielny pokój | **2** | Pokój wspólny z innymi  osobami | **3** |  |
| Usytuowanie  mieszkania | **0** | Powyżej parteru z  windą | **2** | Powyżej parteru bez windy | **3** |  |
| Ogrzewanie CO | **0** | Ogrzewanie  węglowe | **2** | Brak stałego ogrzewania | **3** |  |
| Pełny dostęp do  łazienki | **0** | Ograniczony dostęp  do łazienki | **2** | Brak łazienki | **3** |  |
| Pełny dostęp do WC | **0** | Ograniczony dostęp  do WC | **2** | Dostęp do WC poza  budynkiem | **3** |  |
| Pełny dostęp do kuchni | **0** | Ograniczony dostęp  do kuchni | **2** | Brak dostępu do kuchni | **3** |  |
| Warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie/pokój/czyst e, suche, widne, przestronne\* | **0** | Warunki higieniczne zadowalające mieszkanie/pokój/do ść czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało  przestronne\* | **2** | Warunki higieniczne złe, mieszkanie/pokój/zaniedba ne, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetleni, brak wolnej przestrzeni\* | **3** |  |
| Pełna adaptacja mieszkania dla potrzeb osoby  niepełnosprawnej | **0** | Częściowe przystosowanie mieszkania | **2** | Mieszkanie nie przystosowane | **3** |  |
| **SUMA PUNKTÓW** | | | | | |  |

\*)Właściwe podkreślić.

1. sytuacja bardzo dobra: 0-4 pkt kategoria A
2. sytuacja zadowalająca: 5-10 pkt kategoria B
3. sytuacja zła: 11-25 pkt kategoria C

**CZ**ĘŚĆ **3. OCENA WYDOLNO**Ś**CI OPIEKU**Ń**CZEJ RODZINY /**

Ś**RODOWISKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres sprawowanej opieki** | **Kategoria** |
| Pełna wydolność opiekuńcza rodziny | A |
| Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób) | B |
| Brak opieki ze strony rodziny – pełna zależność od osób obcych | C |

**CZ**ĘŚĆ **4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIEL**Ę**GNACYJNYCH**

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI | KATEGORIA\* |
| Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej | A |
| Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej | B |
| Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarskiej | C |

\*) Właściwe podkreślić

**Ł**Ą**CZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZ**ĘŚ**CIACH 2-4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

…………………………………….. ………………

(podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad) (data)

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego\*

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

……………………………………………………..

(data i podpis osoby kierowanej do zakładu)