

dot. osoby ubiegającej się o przyjęcie do opieki dziennej w Centrum Opieki Wytchnieniowej w Gdańsku przy ul. Mikołaja Kopernika 17 c

(pieczęć podmiotu leczniczego)

(miejsowość, data)

Imię i nazwisko:	
Nr PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Opiekun: <i>(imię i nazwisko, nr telefonu)</i>	
Termin pobytu:	

1. Choroba zasadnicza – kod ICD 10 oraz choroby współistniejące:

2. Ocena stanu klinicznego

• Układ krążenia (w wypadku zaburzeń – opisać jakie):

RR _____ TĘTNO _____

• Układ oddechowy (w wypadku zaburzeń – opisać jakie):

✓ W normie

✓ Uwagi: _____

• Układ pokarmowy *

✓ Waga:.....

✓ Przyjmuje pokarm samodzielnie

✓ Jest karmiony przez drugą osobę

✓ Wymaga stosowania specjalnej diety; jakiej _____

✓ Inne (np. sonda, PEG, alergie pokarmowe itp.) _____

- Układ moczowo-płciowy
 - ✓ W normie
 - ✓ Nietrzymanie moczu
 - ✓ Nietrzymanie stolca
 - ✓ Cewnik do pęcherza moczowego
 - ✓ Inne (jakie) _____
 - Układ ruchu
 - ✓ Osoba chodząca: samodzielnie, przy pomocy osób trzecich, przy pomocy przedmiotów ortopedycznych (jakich?) _____
 - ✓ Osoba -chodząca
 - ✓ Osoba leżąca
 - Przebyte urazy

 - Układ nerwowy (przebyte choroby i następstwa)

 - Narządy zmysłu (i ew. środki pomocnicze)
 - Wzrok _____
 - Słuch _____
 - Stan skóry (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzenia, ran, w tym przewlekłych – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe leczenie _____

 - Możliwość komunikowania się (ew. dysfunkcje w zakresie mowy)

3. Ocena stanu psychicznego:
- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień: _____

 - Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego:
 - ✓ Zaburzenia psychotyczne _____
 - ✓ Zaburzenia zachowania _____
 - ✓ Zaburzenia depresyjne _____
 - ✓ Uzależnienia (leki, alkohol, nikotyna, narkotyki) _____
4. Choroby zakaźne:
- ✓ COVID -19, szczepienie T/N
 - ✓ Gruźlica
 - ✓ HIV

✓ Inne (WZW B, WZW C)

5. OŚWIADCZENIA:

- Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/nie wymaga* stałej opieki w chwili badania.
- Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/nie wymaga* hospitalizacji.
- Stwierdzam brak przeciwwskazań/są przeciwwskazania* do rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Stwierdzam brak przeciwwskazań/są przeciwwskazania do skorzystania z dziennej opieki w Centrum Opieki Wytchnieniowej w Gdańsku.

Zalecenia lekarskie: _____

6. Informacja dotycząca dawkowania leków.

Uwaga !!! Tabelę wypełnia lekarz, czytelnie drukowanymi literami (nazwę leku, dawkowanie, drogę podania, częstotliwość).

L.p.	Nazwa leku	Dawkowanie (0-0-0)	Droga podania

Alergie na leki: _____

.....
(data wystawienia) **

.....
(pieczęć i podpis LEKARZA)

* właściwe zaznaczyć

** zaświadczenie ważne jest 30 dni od momentu wystawienia

UWAGA: Proszę dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności znacznej (lub inny dokument równoznaczny) do zaświadczenia lekarskiego.

Kwalifikacja do pobytu w COW: (Wypełnia personel COW)

POZYTYWNA <input type="checkbox"/>	NEGATYWNA <input type="checkbox"/>
Uwagi:	Powód:
Data i czytelny podpis:	
Akceptacja Dyrektor/Kierownik COW	Data, podpis: