

CENTRUM OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ
przy ul. Mikołaja Kopernika 17 c
w Gdańsku

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 30 dni przed przyjęciem)

dot. osoby ubiegającej się o przyjęcie do opieki całodobowej / dziennej w Gdańsku

(pieczęć podmiotu leczniczego)

(miejscowość, data)

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

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

Waga: -----

2. Ocena stanu klinicznego

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

RR ----- TĘTNO -----

UWAGA!

Jeżeli jest rozrusznik serca należy dołączyć ksero paszportu z informacją kiedy był ostatni przegląd.

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

✓ W normie

✓ Uwagi: -----

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* całodobowej 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 całodobowej opieki w Centrum Opieki Wytchnieniowej w Gdańsku.

Zalecenia lekarskie: _____

6. Informacja dotycząca dawkowania leków.

Uwaga !

Tabelkę wypełnia lekarz, czytelnie drukowanymi literami (nazwę leku, dawkowanie, drogę podania, częstotliwość). W tabelce należy umieścić wszystkie leki, suplementy, witaminy które przyjmuje podopieczny w domu.

Personel nie poda żadnych środków, które nie są ujęte w tabeli i zatwierdzone przez lekarza.

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

INFORMACJA O OSTATNIEJ HOSPITALIZACJI (z ostatnich 6 m-c) : (wypełnia opiekun rodzinny)

TERMIN POBYTU W SZPITALU :

POWÓD:

Uwaga! Do zaświadczenia należy dołączyć **obowiązkowo** ksero ostatniego wypisów/wypisu ze szpitala oraz dokumenty, które dotyczą choroby zasadniczej (wyniki aktualnych badań np. INR). Jeżeli w ostatnim roku miał miejsce pobyt na KOR-ze/ SOR-ze (Szpitalny Oddział Ratunkowy) należy również dostarczyć wypis, a jeżeli były zalecenia do poradni – również informacje z poradni.

Niekompletne informacje dot. stanu zdrowia przyszłego podopiecznego mogą uniemożliwić przyjęcie podopiecznego do Centrum Opieki Wytchnieniowej.

Kwalifikacja do pobytu w COW: (Wypełnia personel COW – pielęgniarka)

POZYTYWNA <input type="checkbox"/>	NEGATYWNA <input type="checkbox"/> powód:
Data i czytelny podpis pielęgniarki i koordynatora zespołu opiekuńczego/opiekunki:	
Akceptacja Kierownik COW	Data, podpis: