

Data

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza

Wstępna Opinia Lekarska

.....

.....nazwisko i imię osoby kierowanej do Śląskiego Domu Opieki SENIOR Ruda
Śląska

Pesel lub data urodzenia

.....

Adres

.....
.....

CHOROBA ZASADNICZA

Wywiad.....

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

Przebieg choroby

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

Stosowane leki, zaopatrzenie w środki pomocnicze i ortopedyczne

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

Przebyta rehabilitacja i jej efekty

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

Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów

Wywiad.....

.....
.....

Przebieg choroby

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

Stosowane leki

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

Przebyte zabiegi operacyjne

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

Ocena stanu klinicznego

Układ krążenia; wydolność z opisem zaburzeń niewydolności

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

RR..... TĘTNO

.....

Stan krążenia obwodowego

.....

Inne informacje dot.

krążenia.....

Układ oddechowy; wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności

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

Inne informacje dot. układu oddechowego

.....

Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety; potrzeby stosowania sondy PEG itp.

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

Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp.

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

Układ ruchu

Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy

.....

Przebyte urazy i ich następstwa

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

Ewentualne ortezy

.....

Układ nerwowy

Obecność niedowładów

.....

Obecność ruchów mimowolnych

.....

Inne informacje dot. Układu nerwowego

.....

.....

.....

Narządy zmysłu

Wzrok

.....

.....

Słuch

.....

.....

Stan skóry

/obecność odleżyn, owrzodzeń, oparzeń i ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie/.

.....

.....

.....

Ocena stanu psychicznego

Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień;

.....

.....

.....

Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego

Zaburzenia psychotyczne

.....

Zaburzenia zachowania

.....

Zaburzenia depresyjne

.....

Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków

.....

.....

.....

Choroby zakaźne

Gruźlica

.....
.....

HIV

.....
.....

Inne /WZW B, WZW C/.

.....

Stwierdza się: że osoba wyżej wymieniona wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

.....

Podpis osoby zainteresowanej

Pobytem w Śląskim Domu SENIORA

.....

PODPIS LEKARZA

PIECZĘĆ,