

.....
Pieczętka podmiotu kierującego

.....
Data

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY PACJENTA

KIEROWANEGO DO ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO (wypełnia lekarz kierujący)
LUB DO PORADNI GERIATRYCZNEJ (wypełnia lekarz Izby Przyjęć Oddziału Geriatrycznego)
PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU

1. Nazwisko i imię 2. Data urodzenia

3. Adres do korespondencji
kod pocztowy / miejscowość / ulica / nr domu / nr mieszkania

4. Nr PESEL 5. Nr telefonu 6. Nr ICD-10

7. Rozpoznanie choroby zasadniczej/ stanu będących przyczyną hospitalizacji (w języku polskim)

.....
.....

8. Choroby współistniejące i przebyte operacje

.....
.....

9. Przebieg choroby (opis ew. urazu lub dysfunkcji narządu ruchu) i opis przebiegu leczenia
z uwzględnieniem dotychczas stosowanej terapii i rehabilitacji

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

10. Ocena wydolności układu krążenia wg NYHA.....

11. EKG: zapis prawidłowy / zmiany w zapisie (jakie).....

.....

12. Ciśnienie tętnicze..... 13. Cukrzyca: TAK / NIE

14. Krytyczne wyniki badań laboratoryjnych

15. Ocena stanu psychicznego:

a) czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia : TAK / NIE

b) uzależnienia TAK/ NIE. Jeżeli TAK od czego.....

b) czy wymaga stosowania leków uspokajających: TAK / NIE

c) jeśli odpowiedź na pkt b) jest twierdząca, proszę wymienić zażywane leki

16. Cewnik moczowy: TAK / NIE

17. Odleżyny: NIE / TAK umiejscowienie (opis)

18. Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego:

samodzielne mycie się	TAK / NIE	samodzielne ubieranie się	TAK / NIE
samodzielne jedzenie	TAK / NIE	nietrzymanie moczu	TAK / NIE
nietrzymanie stolca	TAK / NIE	samodzielne siadanie w łóżku	TAK / NIE
samodzielne chodzenie	TAK / NIE	zaopatrzenie ortopedyczne	TAK / NIE

Jeżeli używane jest zaopatrzenie ortopedyczne, wpisać jakie:

19. Ocena natężenia bólu w skali od 1 do 10

20. Ilość godzin opieki osób drugich / na dobę wymagana w domu od 0 - 24 h

21. Sugerowany tryb przyjęcia: STABILNY / PILNY

22. Aktualnie stosowane leki, uczulenia:

.....
podpis lekarza