



**WYWIAD ŚRODOWISKOWO-RODZINNY:**

**Warunki bytowe:**

Mieszkanie |\_ |, na piętrze |\_ |, którym? ....., dom jednorodzinny |\_ |, dom wielorodzinny |\_ |, metraż ....., liczba izb ....., liczba osób wspólnie zamieszkujących ....., stopień pokrewieństwa .....

Mieszkanie: suche |\_ |, wilgotne |\_ |, widne |\_ |, ciemne |\_ |, słoneczne |\_ |, nie słoneczne |\_ |, wodociąg |\_ |, studnia |\_ |, C.O. |\_ |, piec kaflowy |\_ |, kuchnia węglowa |\_ |, kuchnia gazowa (elektr.) |\_ |, WC w domu |\_ |, WC poza domem (mieszkaniem) |\_ |, łazienka |\_ |, udogodnienia (pralka, lodówka, telefon) |\_ |,

**Uwagi:** .....

**Zagrożenia rodziny, pracy i środowiska:**

Rodzinne występowanie chorób: tak |\_ |, nie |\_ |, jeśli tak, to jakich? .....

Uzależnienia u członków rodziny wspólnie zamieszkujących:

tak |\_ |, nie |\_ |, jeśli tak, to jakie? .....

Zatrudnienie: nauka |\_ |, praca fizyczna |\_ |, umysłowa |\_ |, zmianowość |\_ |, bezrobotny(a) |\_ |

Zagrożenia ekologiczne tak |\_ |, nie |\_ |, jeśli tak, to jakie? .....

Zagrożenia w środowisku pracy (nauki) |\_ |, jakie? .....

**Higiena:** mieszkanie zadbane: tak |\_ |, nie |\_ |, higiena osobista, bielizna, odzież – czyste: tak |\_ |, nie |\_ |

**Wydolność opiekuńcza rodziny:** pełna: tak |\_ |, nie |\_ |, liczba godzin deficytu .....

**Status materialny:** dobry |\_ |, średni |\_ |, zły |\_ |

**DANE O FUNKCJONALNOŚCI ŚWIADCZENIOBIORCY:**

**Stan psychiczny pacjenta:**

Kontakt słowny: łatwy do nawiązania |\_ |, logiczny |\_ |, ograniczony |\_ |, nie logiczny |\_ |, brak kontaktu |\_ |

Zachowanie: spokojne: |\_ |, z cechami nadpobudliwości |\_ |, agresywne |\_ |, apatia |\_ |

Nastroj: pogodny |\_ |, euforyczny |\_ |, obniżony |\_ |, płaczący |\_ |, depresyjny |\_ |

Uwaga/koncentracja: skupiona |\_ |, trudność w skupieniu uwagi |\_ |, całkowita dekoncentracja |\_ |

Pamięć: bez zaburzeń |\_ |, trudność w zapamiętywaniu |\_ |, nie pamięta zdarzeń przeszłych |\_ |, nie pamięta zdarzeń świeżych |\_ |, luki pamięciowe |\_ |, konfabulacje |\_ |

Orientacja w czasie, miejscu i sytuacji osobistej: prawidłowa |\_ |, częściowa |\_ |, brak orientacji |\_ |

**Stan biologiczny:**

Oddech: prawidłowy |\_ |, przyśpieszony |\_ |, zwolniony |\_ |, płytki |\_ |, stridor |\_ |, przez nos |\_ |, przez usta |\_ |

Plwocina: śluzowa |\_ |, pienista |\_ |, ropna |\_ |, krwista |\_ |

Kaszel: suchy |\_ |, wilgotny |\_ |, stały |\_ |, napadowy |\_ |

Duszność: spoczynkowa |\_ |, wysiłkowa |\_ |

Tętno: prawidłowe |\_ |, zaburzenia rytmu |\_ |, bradykardia |\_ |, tachykardia |\_ |

Obrzęki : uogólnione |\_ |, miejscowe |\_ |, stałe |\_ |, okresowe |\_ |

Ciężar ciała: prawidłowy |\_ |, niedowaga |\_ |, nadwaga |\_ |, otyłość |\_ |

Jama ustna: owrzodzona |\_ |, pleśniawki |\_ |, język obłożony |\_ |, inne |\_ |

Apetyt: prawidłowy |\_ |, wzmożony |\_ |, zmniejszony |\_ |, brak |\_ |

Pragnienie: prawidłowe |\_ |, wzmożone |\_ |, zmniejszone |\_ |

Wydalenie: prawidłowe |\_ |, zaparcie |\_ |, biegunka |\_ |, inne |\_ |

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: trudności w połykaniu |\_ |, zgaga |\_ |, odbijanie |\_ |, nudności |\_ |, wymioty |\_ |, wzdęcia |\_ |, inne |\_ |, jakie? .....

Dieta: .....

Wydalenie moczu - ilość: norma  wielomocz  skąpomocz  bezmocz   
Trudności w oddawaniu moczu: utrudniony odpływ  pieczenie cewki moczowej  nieotrzymanie moczu   
Cykl miesięczkowy u kobiet: regularny  nieregularny   
Krwawienie miesięczkowe u kobiet: bolesne  niebolesne  obfite  skąpe  norma

Ostatnie badanie ginekologiczne (u kobiet): .....

Ruchomość w stawach: pełna  ograniczona

Dolegliwości ze strony stawów: obrzęki  zaczerwienienia  bolesność

Wzrok : prawidłowy  niedowidzenie  ślepotą  inne , jakie? .....

Słuch: prawidłowy  niedosłuch  głuchota

Skóra: czysta  brudna  sucha  wilgotna  blada  zażółcona  zaczerwieniona   
sinicza  marmurkowata  uszkodzona  z wykwitami patologicznymi

**Występowanie odleżyn:** tak  nie

ocena stanu zaawansowania - stopień .....

lokalizacja odleżyn: .....

**Występowanie dolegliwości bólowych:**

umiejscowienie: .....

charakter bólu .....

okresy nasilenia bólu .....

wrażliwość na przyjmowane leki p/bólowe .....

**Korzystanie z form długoterminowej opieki domowej:**

hospicjum domowego: tak  nie , jeśli tak - data objęcia opieką .....

długoterminowej opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie: tak  nie , jeśli tak -  
- data objęcia opieką .....

**Uzyskana ocena punktowa samoobsługi świadczeniobiorcy wg zmodyfikowanej skali Barthel .....**

**Ocena końcowa stanu świadczeniobiorcy – diagnoza pielęgniarstwa**

Sprzęt pomocniczy do opieki i pielęgnacji:

Zapotrzebowanie: .....

**Informacja o objęciu pielęgniarstwą opieką środowiskową .....**

.....  
Data, czytelny podpis lub pieczęćka pielęgniarki poz

**Adnotacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych**

<b>L.p.</b>	<b>Data</b>	<b>Opis udzielonego świadczenia</b>	<b>Podpis pielęgniarki poz</b>