

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	Imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	aktywność zawodowa	stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	Imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	miejsce zamieszkania	stan zdrowia

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej						Liczba punktów
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3	
Usytuowanie mieszkania parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru bez windy	3	
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3	
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3	
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3	
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3	
Warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie / pokój*) czyste, suche, widne, przestronne*)	0	Warunki higieniczne zadowalające mieszkanie / pokój*) dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne*)	2	Warunki higieniczne złe mieszkanie / pokój*) zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*)	4	
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nie przystosowane	3	
Suma punktów						

*) Właściwe podkreślić.

- a) sytuacja b. dobra : 0 – 4 pkt kategoria A
b) sytuacja zadowalająca : 5 – 10 pkt kategoria B
c) sytuacja zła : 11 – 25 pkt kategoria C

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY / ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria *)
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

*) Właściwe podkreślić

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIEŁĘGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zakres wymaganej opieki	Kategoria*)
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarstwa	C

*) Właściwe podkreślić.

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2 – 4

--	--	--

Lekarz rodzinny

.....

(nr telefonu ,nazwa i adres Przychodni)

Pielęgniarka rodzinna.....

.....

(nr telefonu ,nazwa i adres Przychodni)

.....
(pieczęć, podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad)

.....
(data)

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego *)

*) Niepotrzebne skreślić.