



Skierowanie do:

Ośrodek Opieki Długoterminowej „Kwitnaca”
 REGON:12114845300034
 Zagórzycze Dworskie, ul. Kwitnaca 3

KTMD Sp. z o.o. Sp. K
 NIP: 6772338481

Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą: Nr księgi 000000195917

Data.....

Imię i Nazwisko pacjenta
.....
Data urodzenia..... PESEL
Płeć* M – Mężczyzna, K – Kobieta
Miejsce zamieszkania: Miasto..... ul. Nr domu.....
Pacjent przebywa w:
<input type="checkbox"/> Szpitalu - Nazwa Szpitala/adres Oddział
<input type="checkbox"/> Domu
<input type="checkbox"/> ZOL - Nazwa Szpitala/adres
<input type="checkbox"/> Dom Opieki/inne - Nazwa Szpitala/adres
Rozpoznanie kliniczne (choroba podstawowa):
Choroby współistniejące:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

W tym:

Choroby zakaźne, zakażenia, stwierdzone nosicielstwo:

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

Choroby onkologiczne

.....

Choroby psychiczne

.....

Zastosowane leczenie (Zabiegi, procedury operacyjne, zastosowane leki):

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

Aktualny stan pacjenta:

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

Kontakt słowny z pacjentem:

- pacjent odpowiada logicznie, jest zorientowany, gdzie jest, kim jest (jak się nazywa) i jaka jest data
- pacjent udziela odpowiedzi w sposób splątany, jest zdezorientowany,
- pacjent udziela nieadekwatnych odpowiedzi, nie na temat lub krzyczy
- pacjent wydaje niezrozumiałe dźwięki, pojękuje
- brak reakcji

Oddech:

- wydolny, tlenoterapia, wentylacja nieinwazyjna, wentylacja inwazyjna
- rurka tracheotomijna (rodzaj)

Odżywianie:

Samodzielne, Karmienie Przez zgłębnik, PEG, Żywienie pozajelitowe

Pacjent znajduje się pod opieką Poradni Żywienia:

Tak / Nie

Nazwa poradni:

Skóra:

Zmiany na skórze:

.....

Odleżyny (miejsce i stopień odleżyny)

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

Inne ważne informacje/Uwagi

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

Pacjent może przebywać w Specjalistycznym Ośrodku Rehabilitacji Stacjonarnej „Kwitnąca”

Data i podpis lekarza kierującego