

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