**UZASADNIENIE DO OBJĘCIA   
BEZPŁATNĄ KOMPLEKSOWĄ MEDYCZNĄ OPIEKĄ DOMOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta..............................................................................................

PESEL ..........................................................................................................................

Adres zamieszkania.......................................................................................................

**I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)**

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

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

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

**II. Badanie przedmiotowe: waga.......... wzrost ..........**

**1. Skóra i węzły chłonne obwodowe**........................................................................................................ ....................................................................................................................................................................

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

**□ odleżyny □ owrzodzenia troficzne □ rany przewlekłe**

**2. Układ oddechowy** ................................................................................................................................. ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny' , ciśnienie krwi** ....................................................................................................................................................................

**tętno/min** .................,.................................................................................................................................

**4.Układ pokarmowy** .................................................................................................................................

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

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

**• □ gastrostomia □ zgłębnik do żołądka**

**5. Układ moczowo-płciowy** ....................................................................................................................................................................

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

**□ nietrzymanie moczu □ nietrzymanie stolca □ cewnik do pęcherza moczowego**

**6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi**

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

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

**□ leżący □ chodzący**

**□ poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych**

**7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:** ..................................................................................................

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

**8. Rozpoznanie w języku polskim ICD –10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące):**

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

9. Pacjent **korzysta ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej:** TAK/NIE

10. Pacjent **korzysta ze świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia uzależnień:**  TAK/NIE

**III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga wsparcia w poniżej wskazanym zakresie   
i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji:**

opieka pielęgniarska: TAK / NIE

wsparcie opiekuna medycznego: TAK / NIE

opieka lek. Rehabilitacji medycznej i stała rehabilitacja: TAK / NIE

opieka psychologiczna: TAK / NIE

opieka logopedyczna: TAK / NIE

wymagane konsultacje specjalistyczne: TAK / NIE, jakie:………………………………………….

wymagane badania diagnostyczne: TAK/NIE, jakie:………………………………………………..

**IV. Zalecenia lekarskie:**

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

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

**V. Przeciwwskazania do rehabilitacji:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**………………………………………………………………………**

*(data, pieczęć, podpis lekarza internisty/rodzinnego)*