

(pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie przyjętego zamówienia)

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

### CZĘŚĆ 1. STUKTURA 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 mieszkaniowej					
oddzielne mieszkanie	0	oddzielny pokój	2	pokój wspólny z innymi osobami	3
usytuowanie mieszkania parter	0	powyżej partery 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*	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 przystosowania mieszkania	2	mieszkanie nieprzystosowane	3
Suma pkt					

\* Właściwe podkreślić

- sytuacja b. dobra 0 do 4 pkt. kategoria A
- sytuacja zadowalająca: 5 do 10 pkt. kategoria B
- sytuacja zła: 11 do 25 pkt. kategoria C

**CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA**

Zakres sprawowanej opieki Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	Kategoria* 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 pielęgniarskiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarskiej	C

\* Właściwe podkreślić

**ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2 - 4**

--	--	--

.....  
(podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad)

.....  
( data)

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