

.....
(pieczęć ZOZ albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE- SKIEROWANIE - dotyczące osoby ubiegającej się
o przyjęcie do Zabrzeńskiego Centrum Opieki Długoterminowej w ramach usług
komercyjnych**

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL:.....

adres.....

I. Wywiad

1. (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....
.....

2.Przebyte choroby.....

.....

3.Uczulenia.....

.....

4.Używki.....

.....

II. Badanie przedmiotowe: waga.....wzrost.....ciepłota.....

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

2.Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny /niewydolny*, ciśnienie krwi.....tętno/min.....

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy.....

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

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....

III.

1. Rozpoznanie (choroba zasadnicza).....

.....

2. Kod rozpoznania wg ICD-10.....

3. Schorzenia współistniejące:*

A) choroba zakaźna: tak-nie: jeśli tak to

jaka.....

B) gruźlica: tak-nie, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym tak-nie

C) narkomania :tak -nie

D) choroba psychiczna tak-nie, jeśli tak to jaka.....

Uwaga ! W przypadku zeznaczenia w zaświadczeniu lekarskim choroby psychicznej wymagane jest zaświadczenie od psychiatry o następującej treści: Pacjent/ka nie zagraża sobie i otoczeniu. Może przebywać w ZOL o profilu ogólnym.

IV. Wykaz leków stale pobieranych przez chorego / nazwa, dawki, częstotliwość /

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

V. Stwierdza się, że :

1. Osoba wyżej wymieniona wymaga :całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

VI. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego:

1. Oświadczam, że w dniu kwalifikacji posiadać będę aktualne wyniki badań:

- a) badanie moczu
- b) badanie krwi:OB, morfologia, HbsAg, anty-HCV, - Transaminazy, glukoza w surowicy, elektrolity (Na,K, CI) Mg w surowicy ,kreatynina + e-GFR , poziom Albuminy , CRP, TSH
- c) wymaz z nosa, wymaz z gardła w kierunku MRSA.
- d) EKG
- e) - **wymaz z odbytu w kierunku CPE.**
- f) kserokopie wypisów ze szpitali i / lub leczenia ambulatoryjnego

Badania dodatkowe

- h) wymaz z rany, czyraka, drenu, wkłucia itp. (w przypadku wyniku dodatniego-antybiogram)
- i) rtg klatki piersiowej (opis) w przypadku objawów klinicznych (zapalenie, ciężka niewydolność płuc)
- j) posiew kału (bakterie, grzyby)- w przypadku objawów klinicznych (w przypadku wyniku dodatniego-antybiogram)
- k) badanie kału do celów epidemiologicznych w kierunku Shigella-Salmonella (w przypadku objawów klinicznych)

2. Wyrażam / nie wyrażam zgody* na gromadzenie i przechowywanie danych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu i/lub opiekuna prawnego.

*

.....
data i podpis

* osoby kierowanej do zakładu lub

* osoby posiadającej pełnomocnictwo notarialne

* opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej

* niepotrzebne skreślić

** jeżeli nie dotyczy- przekreślić