



Załącznik nr 3

KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNEGO WYWIADU POGŁĘBIONEGO (KIWP)

Pesel:		
Nazwisko:	Imię:	Płeć K/M
Adres zamieszkania:		
Lekarz POZ (imię nazwisko, nazwa świadczeniodawcy)		
Pielęgniarka POZ (imię nazwisko, nazwa świadczeniodawcy)		
Osoba opiekująca się chorym: Adres domowy: nr. tel:		
Rozpoznanie lekarskie:		
Choroby współistniejące:		
Hospitalizacje:	Hbs	
	Inne:	
Alergie:		
Przyzwyczajenia:	Nałogi:	
Sprzęt pomocniczy:		
Czynniki ryzyka:		
Stan psychiczny (komunikowanie, kontakt, zachowanie, mowa, nastrój, pamięć, uwaga, inne)		



Ocena samodzielności pacjenta (wg Skali Barthel)	
Ocena ryzyka odleżyn (wg Skali Norton)	
UKŁAD KRAŻENIA	Tętno: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia <input type="checkbox"/> zab. rytmu
	CTK: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe
	Perfuzja obwodowa <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/> ochłodzenie obwodowe <input type="checkbox"/> „zimny pot” <input type="checkbox"/> skóra marmurkowa
	Obrzęki: <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> okresowe
	Omdlenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
UKŁAD ODDECHOWY	Oddech: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> przyspieszony <input type="checkbox"/> zwolniony <input type="checkbox"/> spłycony <input type="checkbox"/> pogłębiony <input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> przez nos <input type="checkbox"/> przez usta
	Plwocina: <input type="checkbox"/> śluzowa <input type="checkbox"/> pienista <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> krwista <input type="checkbox"/> brak
	Kaszel: <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> brak
	Duszność: <input type="checkbox"/> wysiłkowa <input type="checkbox"/> spoczynkowa <input type="checkbox"/> brak
UKŁAD POKARMOWY	Ciężar ciała: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowaga <input type="checkbox"/> nadwaga <input type="checkbox"/> otyłość
	Jama ustna: <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> pleśniawki <input type="checkbox"/> język obłożony <input type="checkbox"/> inne
	Pragnienie: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zmniejszone <input type="checkbox"/> wzmożone
	Apetyt: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> zmniejszony <input type="checkbox"/> wzmożony
	Wydalenie: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> inne
	Dolegliwości: <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> odbijanie <input type="checkbox"/> inne
	Dieta:
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY	Mocz <input type="checkbox"/> normouria <input type="checkbox"/> poliuria <input type="checkbox"/> oliguria <input type="checkbox"/> anuria
	Trudności w oddawaniu moczu: <input type="checkbox"/> nietrzymanie <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ
	Krwawienie miesiączkowe: <input type="checkbox"/> regularne <input type="checkbox"/> nieregularne <input type="checkbox"/> inne dolegliwości <input type="checkbox"/> nie dotyczy Ostatnie badanie ginekologiczne:
UKŁAD MIĘŚN-SZKIELETOWY	Poruszanie się: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> ograniczone <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> brak
	Ruchomość w stawach; <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> przykurcze
	Sprawność fizyczna: <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak
	Postawa ciała: <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa
	Inne: <input type="checkbox"/> obrzęki <input type="checkbox"/> zaczerwienienia <input type="checkbox"/> zaniki mięśniowe



NARZĄDY ZMYŚLÓW	Wzrok: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/> inne	
	Słuch: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszenie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> inne	
	Mowa: <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/> niezrozumiała <input type="checkbox"/> brak	
	Świadomość: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak	
	Sen: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> trudności w zasypianiu <input type="checkbox"/> sen przerywany <input type="checkbox"/> bezsenność	
	Skóra <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/> blada <input type="checkbox"/> zaczerwieniona <input type="checkbox"/> zażółcona <input type="checkbox"/> sina <input type="checkbox"/> uszkodzona <input type="checkbox"/> inna	
	Odleżyny: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> zwiększone ryzyko wystąpienia	
UMIEJSCOWIENIE ODLEŻYN		
WSPARCIE SPOŁECZNE	<p>Struktura rodziny/ osoby zaangażowane w opiekę nad chorym:</p> <p>Dyspozycyjność czasowa rodziny:</p> <p>Sieć opieki/ osoby spoza rodziny/instytucje opieki profesjonalnej i nieprofesjonalnej:</p> <p>Dostępność:</p> <p>Stan wiedzy pacjenta umożliwiający samowsparcie:</p>	

Diagnoza pielęgniarska:

.....

.....

.....

Data i podpis pielęgniarki: