

ZOL OBORNIKI SP. Z O.O. UL. Trzebnicka 49 , 55-120 Oborniki Śląskie

Oddział dla dorosłych w śpiączkach - PRZEBUDZENIE

TEL. 797-027-670 email: zol.oborniki@elderis.pl

SKIEROWANIE

**Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Obornikach Śląskich ul. Trzebnicka 49
W RAMACH PROGRAMU ZDROWOTNEGO „LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”**

.....
Imię i nazwisko Pacjenta/ świadczeniobiorcy

Pesel

Adres zamieszkania Pacjenta/ świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zamieszkania

.....
Nr telefonu do kontaktu rodziny/ opiekuna prawnego

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Liczba punktów w skali Glasgow, którą uzyskał Pacjnt/ świadczeniobiorca w dniu badania

.....
Żywienie Pacjenta: dojelitowo: PEG/sonda/jejunostomia

Rodzaj diety przemysłowej/objętość na dobę

Wzrost.....masa ciała.....wartość ciśnienia tętniczego krwi w mmHg

.....
Pozostawanie w okresie śpiączki w okresie:

-nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia urazu (tak/nie) - udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę

-nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki nieurazowej (tak/nie) - udokumentowana datą wystąpienia śpiączki nieurazowej--
-nie krótszym niż 6 tygodni – (tak/nie) udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę

.....

- Stabilność podstawowych parametrów życiowych w dniu badania (tak/nie)

- Oddechowo:

Wydolny (tak/nie) Respiratoterapia (tak/nie)

Niewydolny (tak/nie) Tlenoterapia (tak/nie)

Tracheostomia (tak/nie)

-Obecność rurki tracheostomijnej (tak/nie) Rodzaj rurki/Rozmiar

-Obecność odleżyn, stopień, ran, blizn (tak/nie)

.....
.....

Ocena spastyczności: Pacjent ze spastycznością/bez spastyczności

.....

Występowanie przykurczów: Pacjent z przykurczami/bez przykurczy

.....

-Obecność obrzęków (tak/nie)/ opis obrzęku/ lokalizacja

.....

- Aktualne leczenie farmakologiczne wraz z dawkowaniem:

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

Kieruję do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego na leczenie w ramach Programu zdrowotnego

„LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
podmiotu leczniczego z kodami resortowymi