



e) układ pokarmowy: odżywianie: prawidłowe/nieprawidłowe \*; inne .....  
zaburzenia w odżywianiu: zaparcia; nietolerancje pokarmowe; wzdęcia; nudności; wymioty;  
biegunki.

f) układ moczowy; sposób wydalania moczu: prawidłowy/nieprawidłowy – cewnik,  
pampers\*.

g) narząd zmysłu - wzrok: prawidłowy, osłabiony, niedowidzenie, ślepotą.

słuch: prawidłowy, niedosłuch, głuchota \*.

h) skóra: wiotka; pomarszczona; wykwity skórne; inne zmiany skórne .....

i) utrzymanie czystości własnego ciała: samodzielność: tak / nie \*.

**Opieka środowiskowa:** ze względu na wiek i stan zdrowia nie wymaga / wymaga stałej /  
wymaga czasowej opieki pielęgniarki rodzinnej \*.

14) Planowanie bliższe: konieczne odwiedziny ze względu na wiek: tak/nie; mierzenie CTK  
tak/nie; rozmowy psychoterapeutyczne: tak / nie \*.

15) Ze względu na wiek i potrzeby przekazanie środowiska pracownikowi socjalnemu tak /  
nie\*.

16) Udział w pielęgnacji: rodzina: tak / nie; środowisko: tak / nie \*.

17) Stosowany sprzęt ortopedyczny: tak / nie \*

.....  
17) Obecne problemy, trudności, dolegliwości związane z aktualnym stanem zdrowia:

.....  
.....  
\*) właściwe podkreślić

DIAGNOZA PIELEGNIARSKA .....

DATA.....

PODPIS I PIECZĄTKA PIELEGNIARKI

**Data**

**OPIS problemu zdrowotnego, udzielonych świadczeń- czynności, zalecenia**

**Imię Nazwisko**

<b>DATA</b>	<b>OPIS problemu zdrowotnego, udzielonych świadczeń- czynności, zalecenia</b>	