**Formular de Evaluare**

Nume pacient……………………………………………………………………

CNP.........................................................

Se află în evidenta/îngrijirea mea cu următoarele diagnostice:

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Tratament cronic:

 -

 -

 -

La momentul efectuarii consultatiei, constat urmatorii parametri:

-stare de nutritie:

-capacitate de deplasare/mobilitate( mers fara/cu ajutor, imobilizat la pat, se ridica singur la marginea patului etc)………………………………………

………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………

-Orientare temporo spatial : DA NU

-Prezinta tulburari de comportament : DA /precizati tipul……………….

………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................

 NU

-Prezinta fenomene psihotice (halucinatii, idei delirante) DA NU

-Prezinta leziuni ale tegumentelor :

Escare NU DA (localizare, stadiu)…………………………………...................

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Ulcer trofic NU DA (localizare, stadiu)…………………………………......................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Plagi chirurgicale recente NU DA(localizare, descriere/fire etc)

………………………………………………………………………………………………………………-Alte leziuni ale tegumentelor si/sau ale tesuturilor moi…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dependenta de aparatura medicala (ex oxigenoterapie)

NU DA (precizati)…………………………………………………………................

………………………………………………………………………………………….

Alte stari/conditii medicale:

* Cateter venos central NU DA
* Sonda naso-gastrica NU DA
* Colostoma NU DA
* Gastrostoma NU DA
* Cistostoma NU DA
* Nefrostoma/sonda Cook NU DA
* Sonda urinara permanenta NU DA

In evidenta cu : consum cronic de substante NU

 DA……………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Data Semnatura si parafa