

....., dnia 2004r.

Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego :

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data i miejsce urodzenia

Dowód osobisty seria nr

PESEL

WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego funkcjonującego w strukturach Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płocku.

Równocześnie oświadczam, iż wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami. *

UZASADNIENIE

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

.....
 podpis osoby
 ubiegającej się o skierowanie do zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego
 lub jej przedstawiciela ustawowego

Zgodnie z art. 34a ust. 1 ustawy z dnia 30.08.1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późniejszymi zmianami) miesięczna opłata za pobyt w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym wynosi 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu osoby przebywającej w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

(pieczęć zakładu podstawowej opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną
praktykę lekarską lub indywidualną
specjalistyczną praktykę lekarską)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego

Rok urodzenia

Adres

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

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

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 i samoobsługi

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

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

9. 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?

.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.*

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*)

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

(data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego*)

(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić.

(pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej
lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego
zakładu opieki zdrowotnej na podstawie
przyjętego zamówienia)

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

[illegible][illegible]

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej						Liczba punktów
oddzielne mieszkanie	0	oddzielny pokój	2	pokój wspólny z innymi osobami	3	
usytuowanie mieszkania: parter	0	powyżej parteru z windą	2	powyżej parteru bez windy	3	
ogrzewanie CO	0	ogrzewanie węglowe	2	brak stałego ogrzewania	3	
pełny dostęp do łazienki	0	ograniczony dostęp do łazienki	2	brak łazienki	3	
pełny dostęp do WC	0	ograniczony dostęp do WC	2	dostęp do WC poza budynkiem	3	
pełny dostęp do kuchni	0	ograniczony dostęp do kuchni	2	brak dostępu do kuchni	3	
warunki higieniczne: bardzo dobre mieszkanie/pokój*: czyste, suche, widne, przestronne*	0	warunki higieniczne: zadowalające mieszkanie/pokój*: dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne*	2	warunki higieniczne: złe mieszkanie/pokój*: zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*	4	
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowanie mieszkania	2	mieszkanie nie przystosowane	3	
Suma pkt.						

*) Właściwe podkreślić.

- a) Sytuacja bardzo dobra: 0 do 4 pkt. - kategoria A
b) Sytuacja zadowalająca: 5 do 10 pkt. - kategoria B
c) Sytuacja zła: 11 do 25 pkt. - kategoria C

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY/ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria*
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny -pełna zależność od osób obcych	C

*) Właściwe podkreślić.

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIEŁĘGNACYJNYCH

Zakres wymaganej opieki	Kategoria*
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarstwa	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarstwa	C

*) Właściwe podkreślić.

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

--	--	--

(podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad)

(data)

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

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

(data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego*)

*) Niepotrzebne skreślić.

KWALIFIKACJA PIELĘGNIARSKA
DO OBJĘCIA OPIEKĄ W ZAKŁADACH OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH
I PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYCH

1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel.

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

L/p	Nazwa czynności */	Wartość punktowa **/
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny.	
8.	Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	

Wynik kwalifikacji ***/

*/ w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości, */ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

.....
podpis pielęgniarki