

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL a przypadku jego braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Nr PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

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

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie*)

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

- do zakładu opiekuńczo – leczniczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz wykonuje zawód w tym podmiocie.

* **niepotrzebne skreślić**

** **jeżeli wymagana**

*** **fakultatywnie na wniosek świadczeniobiorcy**

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL, a przypadku jego braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywienie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- Karmienie przez gastrostomie lub zgłębnik
- Karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- Zakładanie zgłębnika
- Inne nie wymienione

b) higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheotomijnej
- inne nie wymienione

c) Oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik
- inne nie wymienione

d) Oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja Stomil
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne nie wymienione

e) Przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne nie wymienione

f) Rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne nie wymienione

g) Oddychanie wspomagane

h) Świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*

i) inne

3. Liczba punktów uzyskana w skali Barthel

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo –
lecniczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

***Niepotrzebne skreślić**

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

l/p	Czynność	Wynik
1.	Spożywanie posiłków 0- nie jest w stanie samodzielnie jeść 5- potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10- samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem , siadanie 0- nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu, 5- większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10- mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15- samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0- potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5- niezależny przy myciu twarzy , czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0- zależny 5- potrzebuje trochę pomocy , ale może zrobić coś sam 10- niezależny , zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się.	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0- zależny 5- niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0- nie porusza się lub <50 m 5- niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m 10- spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m 15- niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy np.. laski >50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0- nie jest w stanie 5- potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10- samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0- zależny 5- potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10- niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0- nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5- czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10- panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0- nie panuje nad oddawaniem moczu, lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5- czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10- panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji¹		

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki ZOL

¹ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

* Niepotrzebne skreślić

Wynik oceny stanu zdrowia:

**Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu
opiekuńczego/dalszego pobytu* w zakładzie opiekuńczym**

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

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza ZOL

KARTA OCENY STANU SAMOOBSŁUGI PACJENTKI

Nazwisko i imię pacjentki

Adres zamieszkania

PESEL:

Ocena stanu samoobsługi pacjentki:

l.p.	Nazwa czynności**	Samodzielna	Niesamodzielna	Punktacja
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie)			
3.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)			
4.	Wchodzenie i schodzenie po schodach			
5.	Korzystanie z toalety (WC) i utrzymanie higieny osobistej w związku z wydalaniem			
6.	Kąpiel (np. mycie pod prysznicem) całego ciała			
7.	Czynności higieniczne (np. mycie częściowe, twarzy, rąk, zębów, protezy zębowej, czesanie, golenie)			
8.	Ubieranie i rozbieranie się			
	Nazwa czynności**	Prawidłowe	Nietrzymanie	
9.	Oddawanie moczu			
10.	Oddawanie stolca			
RAZEM:				

UWAGA: → Samodzielna / Prawidłowe – 1 pkt.

→ Niesamodzielna / nietrzymanie – 0 pkt.

→ Do przyjęcia do ZOL kwalifikuje się pacjentka, która otrzymała 6 pkt. lub mniej.

Legenda:

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach

*** poradnia pod opieką której znajduje się pacjent

Dodatkowe informacje dla Zakładu:

- Nazwisko i imię:
- Nazwisko panięskie:
- Imiona rodziców:
- Panięskie nazwisko matka:.....
- Stan cywilny **/imię męża/** :.....
- Adres ostatniego zameldowania :.....
- Wykształcenie, zawód:
- Data i miejsce urodzenia :.....
- PESEL:.....
- Nr dow. osob. wydany :.....
- Adres poradni i nazwisko lekarza I kontaktu:
.....
- Adres i telefony osoby uprawnionej do kontaktu i otrzymywania informacji o pensjonariuszce :
.....
- Czy posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub I grupę (jeśli tak dołączyć)
- Czy jest ubezwłasnowolniona (jeśli tak dołączyć postanowienie)
- Nr emerytury lub renty (dołączyć odcinek i decyzje ZUS)
- Czy wobec osoby starającej się o przyjęcie do zakładu ciąży jakiegokolwiek zobowiązanie (komornik, alimentacja itp.)?:
- Czy istnieją dodatkowe dochody z tytułu emerytury lub renty np. dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny, dodatek kombatancki itp.?:
- Czy występuje nałóg (alkohol, narkotyki, nikotyna itp.)?:.....

Do zakładu może być przyjęta pacjentka, która;

- **w rozpoznaniu zasadniczym mają być dwie wiodące diagnozy, z tym że nie może być rozpoznanie z F oraz G 30**
- **Skala Barthel nie może mieć więcej niż 40 punktów**
- **Powinna posiadać orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub I grupę**