Załącznik do rozporządzenia MZ
z dnia 25 czerwca 2012r.

Zał. nr 1

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIRCY:

.....

/IMIĘ I NAZWISKO/

.....

/ADRES ZAMIESZKANIA/

.....

/NUMER PESEL, W PRZYPADKU JEGO BRAKU – NUMER POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ/

....

/MIEJSCOWOŚĆ, DATA/ /PODPIS ŚWIADCZENIOBIORCY/

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZEGO*
POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O W BRANIEWIE

Niniejszym kieruję:

.....
/imię i nazwisko świadczeniobiorcy/

.....
/adres zamieszkania świadczeniobiorcy/

.....
/adres do korespondencji/

.....
/nr tel. kontaktowego/

.....
/nr PESEL, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy/

.....

.....
/rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza, współistniejące)

.....
/dotychczasowe leczenie/

Potrzeba dotychczasowego leczenia (TAK / NIE) /

.....
/liczba punktów w skali BARTHEL/

Przypadek nagły wynikające ze zdarzeń losowych i uzasadniający stan zdrowia TAK / NIE *)

.....
/lekarz POZ świadczeniobiorcy, imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu/

.....
/pielęgniarka POZ świadczeniobiorcy, imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu/

.....
/miejscowość, data/

.....
podpis lekarza
pieczęć podmiotu leczniczego

*) niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM[1)]

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[2)]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność[3)]	Wynik[4)]
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	**Utrzymywanie 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 pomocy, ale może coś zrobić 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** — spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m **15** — niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7	**Wchodzenie i schodzenie po schodach:** **0** — nie jest w stanie **5** — potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie **10** — samodzielny	
8	**Ubieranie się i rozbieranie:** **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 kwalifikacji[5]	

.....

.....

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:
Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[1] skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym[1]

.....

.....

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego

[1] Niepotrzebne skreślić.
[2] Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel". Maryland State Med Journal 1965; 14:56—61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
[3] W lp. 1—10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
[4] Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
[5] Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

zał. 2

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane świadczeniobiorcy:

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/numer pesel, w przypadku jego braku – numer potwierdzający tożsamość/

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

a) odżywianie
- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia
□ karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....
□ karmienie pacjenta z zaburzeniami połykania.....
□ zakładanie zgłębnika.....
□ inne niewymienione.....

b) higiena ciała
- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia
□ w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej.....
□ inne niewymienione .....

c) oddawanie moczu
- samodzielny/ przy pomocy / utrudnienia
□ cewnik
□ inne niewymienione .....

d) oddawanie stolca
- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia
□ pielęgnacja stomii
□ wykonywanie lewatyw i irygacji
□ inne niewymienione.....

e) przemieszczanie pacjenta
- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia
□ z zaawansowaną osteoporozą
□ stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
□ inne niewymienione.....

f) rany przewlekłe TAK / NIE
□ odleżyny
□ rany cukrzycowe
□ inne niewymienione.....

g) oddychanie wspomagane TAK / NIE
h) świadomość pacjenta TAK / NIE / Z PRZERWAMI
i) inne .....

Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel ** / *** .....

.....
miejscowość, data

.....
podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że .....
imię i nazwisko / adres zamieszkania / PESEL

.....

wymaga / nie wymaga * skierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego / zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego *.

.....
miejscowość, data

.....
podpis oraz pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 201, poz.1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w atr. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Z dnia 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: nie ma zastosowania".

OŚWIADCZENIE ZGODY

Pacjent potwierdza, że został poinformowany, że na czas pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym nie przysługuje dodatek pielęgnacyjny.

Zobowiązuje się do zawiadomienia ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / KASĘ ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO o terminie przyjęcia i wypisu z zakładu.

..... /miejscowość, data/

..... /podpis świadczeniobiorcy, opiekuna prawnego/