

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO -
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIRCY:

.....
/IMIĘ I NAZWISKO/

.....
/ADRES ZAMIESZKANIA/

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

.....
/MIEJSCOWOŚĆ, DATA/

.....
/PODPIS ŚWIADCZENIOBIRCY/

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI 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 ** / ***

.....
miejsowość, 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 *.

.....
miejsowość, 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 art. 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”.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾

.....
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 – zależy w 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 – 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 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 (zdarzenie przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nie samodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	

	Wynik kwalifikacji⁵⁾	
--	--	--

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

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

.....
.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki 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 opisując stan świadczeniobiorcy

⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO - 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/

.....
/miejsowość, data/

.....
podpis lekarza
pieczęć podmiotu leczniczego

*) niepotrzebne skreślić

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.

.....
/miejsowość, data/

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