

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

a) odżywianie

–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- 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
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione

f) rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

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

i) inne

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba 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 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO***

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer 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, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

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

– do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego* .

.....
Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE
OPIEKUŃCZYM¹**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

l/p	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.	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 kwalifikacji⁵		

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

1. Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel.”

2. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą.

3. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

4. W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

5. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

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

ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**WYKAZ ORAZ DAWKOWANIE LEKÓW
PRZYJMOWANYCH PRZEZ PACJENTA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZOBOWIĄZANIE

W związku z przyjęciem mnie.....
(imię i nazwisko)
do Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego w Kielcach przy ul. Króla Jana III
Sobieskiego 30, wyrażam zgodę na potrącanie przez czas pobytu w zakładzie
z należnego mi zaopatrzenia pieniężnego wypłacanego
przez.....
(wymienić instytucję)
kwoty zgodnej z przepisami o odpłatności kosztów utrzymania pacjenta w zakładzie.

Kielce dn.....

.....
(podpis osoby lub opiekuna prawnego)