

Przy przyjęciu do Zakładu pacjent winien być zaopatrzony w:

- leki na cały miesiąc
- pielucho-majtki (w przypadku osoby popuszczającej mocz)
- pampersy SENI (fioletowe wchłaniałość 7 - w przypadku osoby leżącej)
- wilgotne chusteczki – SENI dla dorosłych
- płyn pielęgnujący do ciała zapobiegający odleżynom – PINOL,
- zgrzewka wody mineralnej – małe butelki
- podstawowe przybory toaletowe: szczoteczka i pasta do zębów, mydło, szampon, gąbka, maszynka i krem do golenia, papier toaletowy, grzebień,
- oliwka, balsam do ciała z pompką,
- 2 ręczniki, piżamę, kapcie, wygodne ubranie i obuwie, stosownie do pory roku.

WSZYSTKIE RZECZY OSOBISTE I UBRANIA – MUSZĄ BYĆ PODPISANE NAZWISKIEM.
UZUPEŁNIENIE ŚRODKÓW DO PIELĘGNACJI 1X NA MIESIĄC – NA KONIEC MIESIĄCA,
LEKI DOSTARCZANE NA BIEŻĄCO.

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

DANE:

.....
Imię nazwisko

.....
Adres zamieszkania:

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

.....
Numer dowodu osobistego

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub jego przedstawiciela ustawowego

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. DANE:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania/nr telefonu do kontaktu/ e-mail

.....
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***

Inne niewymienione

c) oddawanie moczu

- **samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia***

Cewnik

Inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- **samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia***

Pielęgnacja stomii

Wykonywanie lewatywy 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) świadomość pacjenta: tak/nie/ z przerwami.....

h) inne

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

*Niepotrzebne skreślić

**W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa, opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, zastępuje ocenę skalą Barthel.

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Nr telefonu do kontaktu

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

.....
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 uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie)*

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza

.....
* Niepotrzebne skreślić

**Jeżeli jest wymagana.

KARTA OCENY OSOBY KIEROWANEJ DO ZOL

Ocena wg skali opartej na skali Barthel¹⁾

Imię nazwisko

Adres zamieszkania.....

PESEL/lub inny dokument potwierdzający tożsamość

| l.p | Czynność ²⁾ | Wynik ³⁾ |
|-----|---|---------------------|
| 1. | <p>Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10= samodzielny, niezależny</p> | |
| 2. | <p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie 0= nie jest w stanie przemieszczać się; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5= większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15= samodzielny</p> | |
| 3. | <p>Utrzymanie higieny osobistej 0= potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5=niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</p> | |
| 4. | <p>Korzystanie z toalety (WC) 0= zależny 5= potrzebuje pomocy ale może zrobić coś sam 10=niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p> | |
| 5. | <p>Mycie i kąpiel całego ciała 0= zależny 5= niezależny pod prysznicem</p> | |
| 6. | <p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= nie porusza się lub < 50 m 5= niezależny od wózka; 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</p> | |
| 7. | <p>Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie 5= potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10= samodzielny</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| 8. | Ubieranie się i rozbieranie 0= zależny 5= potrzebuje ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10= niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie 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 | |
| WYNIKI KWALIFIKACJI⁴⁾ | | |

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego-
lecniczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczo- leczniczym¹⁾

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza

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

Stronie Śląskie,

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapłatę za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym C1 działającym przy Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w wysokości zł (słownie:),
będą dokonywane przelewem bankowym z konta osobistego.

W przypadku wystąpienia nadpłaty proszę o zaliczenie jej na poczet przyszłych rozliczeń, a w momencie opuszczenia Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego zwrot środków na konto osobiste.

Nazwa banku:.....

Numer rachunku:.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub jego przedstawiciela ustawowego