

DOKUMENTY POTRZEBNE DO ZŁOŻENIA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM

1. Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego,
2. Zaświadczenie lekarskie,
3. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego,
4. Wywiad pielęgniarski,
5. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (skala Barthel),
6. Występowanie odleżyn,

DODATKOWO:

7. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego (kserokopia),
8. Decyzja organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość dochodu (kserokopia),
9. Odcinek renty / emerytury (kserokopia),
10. Kserokopia dowodu osobistego 2x na jasnym tle,
11. Aktualne wyniki badań:
 - a) morfologia,
 - b) OB,
 - c) kreatynina,
 - d) ASPAT,
 - e) ALAT,
 - f) jonogram,
 - g) badanie ogólne moczu,
 - h) RTG płuc,
 - i) poziom glukozy w surowicy,
 - j) badanie EKG.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
Tel. 24 721 27 20 wew. 101
Tel./fax 24 254 80 82
Daniel Królak - 664 984 893
Michał Drwalewski - 609 098 299

WNIOSEK

O przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Dane osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

1. Nazwisko i imię
2. Miejsce zamieszkania wraz z kodem
3. Data urodzenia Stan cywilny
4. Dowód osobisty seria nr PESEL
5. Numer emerytury / renty

Imię i nazwisko Opiekuna prawnego lub najbliższej osoby*

Stopień pokrewieństwa względem ww. osoby

Adres opiekuna prawnego lub najbliższej rodziny*

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego działającego przy Spółdzielni Inwalidów „Tęcza” ZPCH, 99-100 Łęczyca, ul. Lotnicza 2a na pobyt czasowy ze względu na (uzasadnić powód):

Zostałem/am poinformowany/a* o obowiązujących zasadach odpłatności w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.*

Adres Poradni lekarza pierwszego kontaktu, do którego należy pacjent:

Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu, do którego należy pacjent:

.....
miejsce i data wypisania wniosku

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do Zakładu lub prawnego opiekuna

* niepotrzebne skreślić

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

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Nazwa czynności 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 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 > 50m	
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 kwalifikacji ⁵⁾		

.....
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 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

Pieczęć zakładu wydającego skierowanie

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO – 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

1

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

Pieczczę publicznego zakładu opieki zdrowotnej
lub pielęgniarki wykonującej zadania publicznego
zoz na podstawie przyjętego zamówienia

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

Imię i nazwisko podopiecznego:

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania + telefon	Stan zdrowia

.....
podpis i pieczęć pielęgniarki

Imię i nazwisko podopiecznego:

**CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE
DO ZAKŁADU**

Kryteria oceny mieszkaniowej					
Oddzielne mieszkanie	0	Oddzielny pokój	2	Pokój wspólny z innymi osobami	3
Usytuowanie mieszkania parter	0	Powyżej parteru z windą	2	Powyżej parteru bez windy	3
Ogrzewanie CO	0	Ogrzewanie węglowe	2	Brak stałego ogrzewania	3
Pełny dostęp do łazienki	0	Ograniczony dostęp do łazienki	2	Brak łazienki	3
Pełny dostęp do WC	0	Ograniczony dostęp do WC	2	Dostęp do WC poza budynkiem	3
Pełny dostęp do kuchni	0	Ograniczony dostęp do kuchni	2	Brak dostępu do kuchni	3
Warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie / pokój*	0	Warunki higieniczne zadowalające, mieszkanie / pokój* dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne	2	Warunki higieniczne złe, mieszkanie / pokój* zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*	3
Pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	Częściowe przystosowanie mieszkania	2	Mieszkanie nieprzystosowane	3
Suma punktów					

* Właściwe podkreślić

- a) 0 do 4 pkt – sytuacja bardzo dobra – kategoria A
- b) 5 do 10 pkt – sytuacja zadowalająca – kategoria B
- c) 11 do 25 pkt – sytuacja zła – kategoria C

.....
podpis i pieczęć pielęgniarki

Imię i nazwisko podopiecznego:

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY / ŚRODOWISKA

ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI	KATEGORIA *
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny – pełna zależność od osób obcych	C

* Właściwe podkreślić

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

(wypełnia pielęgniarka środowiskowa, rodzinna lub z oddziału)

.....
1. Poruszanie się

.....
2. Odżywianie

.....
3. Wydalanie

.....
4. Higiena osobista

.....
5. Skóra i błony śluzowe

.....
6. Komunikowanie się i funkcje poznawcze

.....
7. Samoobsługa (zakres)

.....
8. Uwagi

.....
podpis i pieczęć pielęgniarki

ZAKRES WYMAGANEJ OPIEKI	KATEGORIA ^
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarskiej	C

^ Właściwe podkreślić

Kategoria uzyskana w części 2	Kategoria otrzymana w części 3	Kategoria otrzymana w części 4

.....
Podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad

.....
data

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.*

Wyrażam / nie wyrażam* zgodę/y* na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
data i podpis osoby kierowanej
do zakładu lub jej przedstawiciela
ustawowego

* Niepotrzebne skreślić

WYSTĘPOWANIE ODLEŻYN

1. Umieszczenie :

.....

2. Proszę zakreslić stopień odleżyn.

Stopień I. Nie blednący rumień nie uszkodzonej skóry, zwiastujący powstanie owrzodzenia. Nie wolno go mylić z reaktywnym przekrwieniem.

Stopień II. Zajęcie niepełnej grubości skóry z uszkodzeniem naskórka i warstwy skóry właściwej.

Stopień III. Uszkodzenie lub martwica całej grubości skóry łącznie z tkanką podskórną, która się może szerzyć aż do powięzi, ale nie sięga pod nią.

Stopień IV. Rozległe zniszczenie całej grubości skóry, martwica tkanek, a także uszkodzenia w tej okolicy mięśni, kości lub innych struktur anatomicznych.

.....
Podpis pielęgniarki

.....
Pieczęć Zakładu wydającego skierowanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego:

.....

Data urodzenia:

Adres:

ROZPOZNANIE ZASADNICZE + CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

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

I. AKTUALNIE POBIERANE LEKI (nazwa, dawkowanie):

▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE:

▪ waga	▪ wzrost	▪ ciepłota
--------------	----------------	------------------

1. Układ oddechowy:

- wydolny – niewydolny,
- kaszel tak – nie (jaki?)
.....
- duszność tak – nie, spoczynkowa – wysiłkowa,
- płwocina śluzowa – pianista – ropna – krwista,
- rurka tracheotomijna tak – nie (rozmiar, data założenia)
.....

2. Układ krążenia:

▪ wydolny – niewydolny (stopień wg NYHA),	▪ RR,
▪ tętno / min,	▪ sinica tak – nie / obwodowa – centralna,
▪ obrzęki (umiejscowienie)	
▪ zaburzenia rytmu serca tak – nie (jeśli tak, to jakie?)	
▪ stymulator serca tak – nie (typ, rok założenia, przyczyna)	
▪ omdlenia tak – nie (jeśli tak, podać przyczynę)	

3. Układ pokarmowy:

- ewentualne schorzenia
.....
- stomie
.....
- nietolerancje pokarmowe
.....
- biegunki, zaparcia tak – nie,
▪ rodzaj diety
.....

4. Układ moczowo – płciowy

- wielomocz / skąpomocz / bezmocz / norma,
- przerost gruczołu krokowego tak – nie,
- nietrzymanie moczu tak – nie,
- zakażenie dróg moczowych tak – nie,
- upławy tak – nie (jeśli tak – podać przyczynę i rodzaj wydzieliny)
.....

5. Układ ruchu:

- ruchomość w stawach pełna – ograniczona,
- osteoporoza tak – nie,
- złamania kości tak – nie:
▪ podać umiejscowienie i datę urazu
.....
- dotychczasowe postępowanie
.....
- sposób dalszego postępowania
.....
- uruchomienie gipsem tak – nie, jeśli tak – podać zakres
.....

6. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

▪ świadomość pełna / ograniczona / chory nieprzytomny,	▪ kontakt słowny pełny / afazja,
▪ kontakt logiczny pełny / brak kontaktu logicznego,	▪ sen – prawidłowy / odwrócenie pór doby,
▪ wzrok – prawidłowy / niedowidzenie / ślepotą / jaskra,	▪ słuch – prawidłowy / niedosłyszenie / głuchota / aparat słuchowy,
▪ niedowłady / porażenia (umiejscowienie)	

7. **Obwodowe węzły chłonne:**
.....

8. **Skóra**

- czysta / brudna, sucha / wilgotna, sinica tak – nie, blada / zażółcona / zabarwienie prawidłowe,
- otarcia naskórka – umiejscowienie:
.....
- oparzenia – umiejscowienie:
.....
- owrzodzenia żyłkowe – umiejscowienie, stan owrzodzenia, dotychczasowe leczenie:
.....
.....

9. **Odleżyny tak – nie, jeśli tak, to:**

▪ **Lokalizacja (podkreślić właściwe):**

▪ Kość ogonowa i krzyżowa	▪ Kostka boczna – strona lewa / prawa
▪ Kostka przyśrodkowa – strona lewa / prawa	▪ Krętarz kości biodrowej – strona lewa / prawa
▪ Pięta prawa / lewa	▪ Guz kulszowy lewy / prawy
▪ Inne obszary – wymienić:	

▪ **Stopień zaawansowania (podkreślić właściwe):**

- I. blednące pod uciskiem zaczerwienienie
 - II. nieblednące zaczerwienienie
 - III. otarcie, pęknięcie naskórka, pęcherz
 - IV. owrzodzenie bez martwicy i cech zakażenia, zmiana czysta, pokryta ziarniną
 - V. owrzodzenie z martwicą, przykry zapach i wyciek treści ropno – martwiczej, drążąca do kości i stawów
- **Rozmiar odleżyny (podkreślić właściwe):** < 4 cm², 4,1 cm² – 16 cm², 16,1 cm²– 36 cm², 36,1 cm²– 80 cm², > 80 cm²
- **Dotychczasowe leczenie odleżyn:**
.....
.....

10. **Alergia tak – nie (jakie?)**
.....

Stwierdza się, że wyżej wymieniona osoba wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji. W chwili wydania zaświadczenia nie wymaga hospitalizacji.

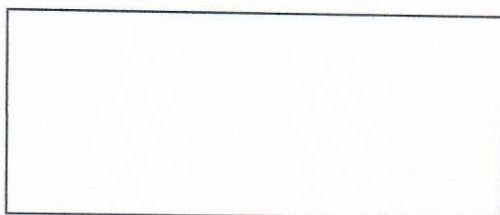
.....
Pieczeń zakładu wydającego skierowanie

.....
Pieczałka i podpis lekarza, data

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego „Tęcza”, 99-100 Łęczycza, ul. Lotnicza 2a. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy „Tęcza” zastrzega sobie prawo przesłania pacjenta w razie pogorszenia jego stanu zdrowia do oddziału występującego o przyjęcie.

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu lub prawnego opiekuna

Opinia kwalifikacyjna przedstawiciela Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego



Pieczczę zakładu kwalifikującego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....