

Regulamin

Centrum Opieki Senioralnej „Na Wyspie” w Żarach

§1. Postanowienia ogólne

1. **Centrum Opieki Senioralnej „Na Wyspie” w Żarach** (zwane dalej „Centrum”) jest placówką opiekuńczą dziennego pobytu i opieki wytchnieniowej, której celem jest wspieranie osób starszych poprzez zapewnienie im opieki, rehabilitacji w podstawowym zakresie, terapii zajęciowej, wyżywienia, pomocy przy czynnościach codziennych.
2. Regulamin określa zasady funkcjonowania Centrum, prawa i obowiązki uczestników oraz zasady przyjmowania, pobytu i skreślenia z listy uczestników.

§2. Cele i zadania Centrum

1. Zapewnienie dziennej opieki osobom powyżej 60 roku życia.
2. Organizowanie działań aktywizujących społecznie, kulturalnie, rekreacyjnie i fizycznie.
3. Świadczenie wsparcia psychologicznego, fizycznego i zdrowotnego.
4. Zapewnienie uczestnikom posiłków, w tym co najmniej jednego ciepłego posiłku dziennie.
5. Umożliwienie integracji oraz zapobieganie wykluczeniu społecznemu.
6. Zapewnienie czasowego wsparcia w formie pobytu wytchnieniowego dla opiekunów osób starszych.

§3. Warunki przyjęcia do Centrum

1. Do Centrum mogą zostać przyjęte osoby bez objawów aktywnej infekcji:
 - o które ukończyły 60. rok życia,
 - o które ze względu na stan zdrowia lub sytuację życiową wymagają wsparcia dziennego,
 - o które potrzebują czasowego pobytu wytchnieniowego.
2. Przyjęcie odbywa się na podstawie:

- wniosku osoby zainteresowanej lub jej opiekuna prawnego oraz zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia pacjenta.
 - w przypadku pobytów wytnieniowych — kwalifikacji i dostępności miejsc.
3. Liczba miejsc jest ograniczona. O przyjęciu decyduje kolejność zgłoszeń oraz kryteria określone przez placówkę.

§4. Prawa uczestnika

1. Uczestnik ma prawo do:
- korzystania z usług i zajęć oferowanych przez Centrum,
 - godnego i życzliwego traktowania,
 - wyrażania opinii i zgłaszania uwag dotyczących działalności Centrum,
 - ochrony danych osobowych i informacji o stanie zdrowia.
 - kontaktu osobistego lub telefonicznego z osobami bliskimi.
2. Uczestnik pobytu wytnieniowego ma te same prawa, co uczestnik dziennego pobytu, przez okres trwania jego pobytu.

§5. Obowiązki uczestnika

1. Pacjent zobowiązany jest do:
- przestrzegania niniejszego regulaminu,
 - poszanowania innych uczestników i personelu,
 - stosowania się do zaleceń personelu,
 - dbania o wyposażenie i czystość w placówce,
 - przestrzegania zakazu spożywania alkoholu i środków odurzających,
 - informowania o planowanej nieobecności pod rygorem pobrania opłaty.
2. Osoby odbywające pobyt wytnieniowy również zobowiązane są do przestrzegania powyższych zasad.

§6. Zasady funkcjonowania

1. Centrum, w przypadku pobytu dziennego, jest czynne od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 15:00.
2. Centrum, w przypadku pobytu wytnieniowego, jest czynne 7 dni w tygodniu całą dobę.
3. Pranie odzieży pacjenta odbywa się na jego koszt.
4. Centrum nie zapewnia leków przyjmowanych na stałe przez pacjenta, a jedynie nadzoruje ich przyjmowanie podczas pobytu.
5. Centrum nie zapewnia środków higieny osobistej (pampersy, wkładki, wilgotne chusteczki) oraz kosmetyków i środków do pielęgnacji (mydło, balsam, szampon, przybory do golenia).
6. Harmonogram zajęć ustalany jest cyklicznie i dostępny jest w widocznym miejscu.
7. Uczestnictwo w zajęciach jest dobrowolne, z wyjątkiem zajęć wskazanych przez personel z uwagi na stan zdrowia.
8. Na terenie Centrum obowiązuje zakaz palenia tytoniu.

§7. Skreślenie z listy uczestników

1. Uczestnik może zostać skreślony z listy w przypadku:
 - o dobrowolnej rezygnacji,
 - o naruszania regulaminu,
 - o zagrożenia zdrowia lub bezpieczeństwa innych uczestników i pracowników,
 - o nieusprawiedliwionej nieobecności trwającej dłużej niż 7 dni.
2. W przypadku pobytów wytnieniowych — pobyt kończy się automatycznie z upływem przyznanego okresu i nie wymaga decyzji o skreśleniu.

§8. Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych regulaminem decyzje podejmuje koordynator Centrum.
2. Regulamin dostępny jest w siedzibie Centrum oraz na stronie internetowej.
3. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1.07.2025r.

§9. Pobyty wytchnieniowe

1. Centrum umożliwia korzystanie z **pobytów wytchnieniowych** — czasowych pobytów całodobowych dla osób starszych, mających na celu odciążenie ich opiekunów.
2. Pobyty wytchnieniowe są organizowane na okres ustalony indywidualnie z rodziną pacjenta jednak nie dłużej niż 30 dni. W wyjątkowych sytuacjach istnieje możliwość przedłużenia pobytu.
3. Udział w pobycie wytchnieniowym odbywa się na podstawie:
 - o wniosku opiekuna osoby starszej,
 - o dostępności miejsc w Centrum.
4. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia osoby przebywającej na pobycie wytchnieniowym, placówka może wezwać opiekuna lub odpowiednie służby, a w razie potrzeby zakończyć pobyt przed czasem.
5. Wzór wniosku i zaświadczenia lekarskiego stanowią załącznik do niniejszego Regulaminu.

**Wniosek o przyjęcie
do Centrum Opieki Senioralnej „Na Wyspie” w Żarach**

1. Imię i nazwisko.....
2. Pesel
3. Adres zamieszkania
4. Proponowany termin pobytu:
5. Orzeczenie o niepełnosprawności: tak/nie stopień: lekki / umiarkowany / znaczny
6. Czy osoba ubiegająca się o pobyt jest ubezwłasnowolniona: tak/nie
Jeżeli tak, proszę podać imię i nazwisko opiekuna prawnego:
.....
7. Pobyt: dzienny/ całodobowy
8. Dieta : tak / nie (jeżeli tak, to jaka)
.....
9. Pobyt w szpitalu w przeciągu roku: tak / nie
jeżeli w innej placówce, to jakiej
.....
10. Poruszanie: leżący
 chodzący: samodzielnie bez pomocy osób trzecich / samodzielnie przy
asekuracji drugiej osoby / przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego /
przemieszcza się na wózku inwalidzkim
11. Spożywanie posiłków: samodzielnie / wymaga pomocy i karmienia / karmienie przez PEG sonda
12. Ocena stanu psychicznego:
Obecność otępienia tak / nie
Otępienie jest: okresowe (tylko chwilami logiczny) / całkowite (bez logicznego kontaktu) /
zapomina się
13. Choroby psychiczne: tak / nie
jakie.....
Zaburzenia zachowania.....
Zaburzenia depresyjne.....
Uzależnienie od alkoholu, leków, narkotyków.....

14. Inne choroby.....

15. Czy występuje uczulenie: tak / nie

Jeżeli tak to na co?

.....

16. Potrzeby fizjologiczne: załatwia samodzielnie

nie zgłasza potrzeb fizjologicznych / ma założony cewnik
Foleya / wymaga stosowania pampersów

17.

Stan skóry: bez zmian patologicznych

obecność odleżyn / owrzodzeń / odparzeń ich stopień, umiejscowienie i
dotychczasowe postępowanie.....

.....

Data i podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie/opiekuna

Pozostałe dokumenty wymagane do przyjęcia:

- aktualne zaświadczenie lekarskie

- dokumentacja medyczna (wypisy ze szpitala z poprzednich pobytów itp.)

-orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli posiada)

**Komplet dokumentacji wysłać mailowo na adres centrum@szpitalnawyspie.pl/ lub dostarczyć
osobiście przed planowanym przyjęciem do Centrum**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie dla realizacji
świadczonych usług zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych
osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
(ogólne rozporządzenie o ochronie danych)**

.....

Podpis

.....
Data.....

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza z indywidualnej praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opieki Senioralnej „Na Wyspie”
w Żarach:

.....

Pesel

Adres

I. Choroba zasadnicza i współistniejące:

Przebieg:.....

.....

Rozpoznanie z kodem ICD10.....Stosowane leki.....

.....

.....

Przebyte zabiegi operacyjne

.....

.....**Ocena**

stanu klinicznego:

Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności.....

.....

RR..... tętno

Stan krążenia obwodowego

.....

Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności.....

.....

.....

Układ Trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy, PEG itp.

.....

.....

Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp.

.....
.....
Układ Ruchu: Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy

.....
Przebyte urazy i ich następstwa

.....
Układ nerwowy:

Obecność niedowładów

.....
Narządy zmysłu:

Wzrok Słuch

Stan Skóry: (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie)

.....
.....
..... **Ocena**

stanu psychicznego:

Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień

.....
.....
Zaburzenia psychotyczne

.....
Zaburzenie zachowania

.....
Zaburzenia depresyjne

II. **Choroby zakaźne:**

Gruźlica

Inne (HIV, WZW B, WZW C)

.....
III. **Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.**

IV. **Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestnictwa przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnousprawniającej.**

.....
Podpis i pieczęć lekarza