WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO

Dane świadczeniobiorcy:

……

Imię i nazwisko

……

Adres zamieszkania

……

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

.....	.....
Miejscowość, data	Podpis świadczeniobiorcy

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

3. Dane świadczeniobiorcy

……
Imię i nazwisko

……
Adres zamieszkania

……
Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

4. 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 ……

5. 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 PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO*

Niniejszym kieruję:

……
Imię i nazwisko świadczeni odbiorcy

……
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 OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM[1)]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: ……

Adres zamieszkania: ……

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: ……

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[2)]

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** — 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** — spacery 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 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 (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 wymaga[1)] skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym[1)]

……

……
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego

[1)] Niepotrzebne skreślić.
[2)] Mahoney FI, Bart hel 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 L.p. 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.