

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

załącznik nr 8

Polkowice, dnia.....

.....
Imię nazwisko

.....
PESEL

.....
Miejsce zamieszkania

Prezes
Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.
ul. K.B. Kominka 7
59 – 101 Polkowice

Wnioskuje o przyznanie wsparcia w formie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym PCUZ - ZOZ S.A. w ramach opieki wytchnieniowej osobie niesamodzielnej:

.....
nazwisko i imię osoby niesamodzielnej

w terminie: od do

Pobyt podopiecznego w opiece wytchnieniowej związany jest z:

- odpoczynkiem opiekuna
- przyczynami medycznymi opiekuna (zabieg, rehabilitacja, diagnostyka itp.)
- innymi czynnościami niemożliwymi do wykonania podczas obecności podopiecznego w domu:
(podać jakimi):

Oświadczenia opiekuna:

- Oświadczam, że osobiście lub wspólnie z najbliższymi członkami rodziny prowadzę codzienną opiekę nad podopiecznym w miejscu zamieszkania.
- Oświadczam, że zarówno ja, jak i mój podopieczny, zamieszkujemy na terenie gminy Polkowice w rozumieniu art. 25 Kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1025 ze zm.).
- Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki wytchnieniowej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ZOL PCUZ - ZOZ S.A. danych osobowych moich i mojego podopiecznego zawartych w niniejszym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji wsparcia w opiece wytchnieniowej. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych dla ww. celu.

Pouczony/pouczona o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 ze zm.) za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, iż wszelkie dane zawarte w niniejszym wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.

Polkowice, dnia

.....
czytelny podpis opiekuna

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

Do wniosku dołączam:

1. Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego (załącznik nr 1)
2. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do ZOL wg skali Barthel (załącznik nr 2)
3. Wywiad pielęgniarski (załącznik nr 3)
4. Zaświadczenie lekarskie (załącznik nr 4)
5. Ocenę świadczeniobiorcy skalą Glasgow (załącznik nr 5)
6. Kartę kwalifikacji do leczenia żywieniowego (załącznik nr 6)
7. Subiektywną globalną ocenę stanu odżywienia SGA (załącznik nr 7)
8. Inne niezbędne dokumenty (wymienić, jakie).....
.....

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

załącznik nr 1

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-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 uzasadnionych 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

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

Prosimy o podanie danych na temat złożenia deklaracji dotyczących lekarza rodzinnego lub lekarza POZ i pielęgniarki środowiskowej.

Nazwa i adres przychodni z numerem telefonu, do której należy świadczeniobiorca:

.....
.....

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego:

Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej:

.....

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

załącznik nr 2

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZOL/PRZEBYWAJĄCEGO W ZOL¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL/lub inny dokument potwierdzający tożsamość

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 przemieszczać się; 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 zrobić coś sam 10=niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0= zależny 5= niezależny pod prysznicem	
6.	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	
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 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	

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

0= nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny	
5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)	
10= panuje, utrzymuje mocz	
WYNIKI KWALIFIKACJI ⁵⁾	

.....
Data, pieczęć, podpis pielęgniarce ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarce Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego

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 pielęgniarce ZOL

.....
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

załącznik nr 3

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

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 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) oddychanie wspomagane

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

i) inne

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

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, poz.419,z późn.zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

Załącznik nr 4

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego:

.....

PESEL lub data urodzenia.....

Adres zamieszkania

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

.....

.....

.....

.....

II. Badanie przedmiotowe:

waga..... wzrost.....ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne

2. Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolny/niewydolny, ciśnienie krwitętno/min.....

4. Układ trawienia

5. Układ moczowo – płciowy.....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) w języku polskim oraz wg. Klasyfikacji ICD-10

.....

9. Schorzenia współistniejące:

a) choroba zakaźna: tak/nie (jeśli tak, jaka?))

b) gruźlica: tak/nie (jeśli tak, czy w stadium zakaźnym?.....))

c) narkomania tak/nie

d) choroba psychiczna tak/nie (jeśli tak, jaka?))

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

.....

(pieczęć i podpis, data)

OPIEKA WYTCNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

Załącznik nr 5

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

PESEL lub data urodzenia

SKALA GLASGOW-ocenie podlega:

●OTWIERANIA OCZU		Liczba punktów		
4 punkty	spontanicznie			
3 punkty	na polecenie			
2 punkty	na bodźce bólowe			
1 punkt	nie otwiera			
●KONTAKT SŁOWNY				
5 punktów	odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca i własnej osoby			
4 punkty	odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany			
3 punkty	odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk			
2 punkty	niezrozumiałe dźwięki, pojękiwania			
1 punkt	bez reakcji			
●REAKCJA RUCHOWA				
6 punktów	spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych			
5 punktów	ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy			
4 punkty	Reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego			
3 punkty	Patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (<i>przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych</i>)			
2 punkty	Patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (<i>odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy</i>)			
1 punkt	Bez reakcji			
ŁĄCZNIE - GCS:...../15	●...../4	●...../5	●...../6	Zaburzenia przytomności:
				GCS 13-15 - łagodne
				GCS 9 – 12 - umiarkowane
				GCS 6 – 8 – brak przytomności
				GCS 5 – odkorowanie
				GCS 4 - odmóżdzenie
			GCS 3 – śmierć mózgowa	

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (nnp. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią: tj. od 4 roku życia

.....
data i podpis

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

Załącznik nr 6

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL	Wiek
Data badania:		

1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA	BMI
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia		
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	powyżej 10% masy ciała wyjściowej	poniżej 10% masy ciała wyjściowej
	Białko całkowite	poniżej normy	norma
	Albumina	poniżej normy	norma
	Cholesterol całkowity	poniżej normy	norma
	Możliwe skuteczne odżywianie doustne	nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt 3,4,7 - 9
	Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego	nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 - 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	dysfagia nieδροżność górnej części przewodu pokarmowego śpiączka niemetaliczna inne	
4.	Dostęp dojelitowy	zgłębnik: nosowo-żołądkowy, nosowo-dwunastniczy, nosowo-jelitowy gastrostomia..... jejunostomia.....	
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	niedożywienie okres okołoperacyjny u dorosłych wyniszczenie (BMI < 17) niedożywienie (BMI 17 – 19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni BMI > 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7dni powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła inne	
6.	Dostęp pozajelitowy	Żyły, obwodowe, PICC, żyła centralna cewnik nietunelizowany, port cewnik permanentny, typ cewnika.....	
7.	Cel leczenia żywieniowego:	Utrzymanie stanu odżywienia, poprawa stanu odżywienia, leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia;	Małe	Duże
9.	Dni leczenia żywieniowego:	Żywnie dojelitowe dni..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni.....	

(pieczęć i podpis lekarza leczącego)

(pieczęć i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego)

OPIEKA WYTCHNIENIOWA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM PRZY PCUZ – ZOZ S.A.

Załącznik nr 7

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data wypełnienia.....

PESEL.....

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

I. WYWIAD

1. Wiek (lata).....Wzrost (cm).....masa ciała (kg)% płęć K M

2. Zmiana masy ciała

Utrata masy ciała w ostatnich 6 miesiącach (kg)%

Zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

zwiększenie bez zmian zmniejszenie

3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów:

bez zmian zmiany (czas trwania) (tygodnie)

Rodzaj diety:

zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych

dieta płynna kompletna

dieta płynna hipokaloryczna

głodzenie

4. Objawy ze strony układu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie):

bez objawów nudności wymioty biegunka jadłowstręt

5. Wydolność fizyczna:

bez zmian zmiany (czas trwania).....(tygodnie)

rodzaj: praca w ograniczonym zakresie

chodzi

leży

6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:

Wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby

brak mały średni duży

II. Badania fizykalne (należy określić stopień zaawansowania):

0 – bez zmian 1 – lekki 2 – średni 3 – ciężki

Utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej (stopień.....)

Zanik mięśni (czworogłowy, naramienny) (stopień.....)

Obrzęk nad kością krzyżową (stopień.....)

Obrzęk kostek (stopień.....)

Wodobrzusze (stopień.....)

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

prawidłowy stan odżywienia

podejrzenie niedożywienia lub niedożywienia średniego stopnia (stopień B)

wyniszczenie (stopień C)

duże ryzyko niedożywienia (stopień D)

.....
(podpis osoby przeprowadzającej ocenę)