



Caritas Archidiecezji Katowickiej
Dom Świętego Józefa
NZOZ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY
ul. Czempieła 1, 40 - 044 Katowice
Tel.: +48 32 251 29 39; +48 519512995
Fax: +48 32 25 11-082; Email: z_o_l@wp.pl



Wypełnia czytelnie lekarz kierujący

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

DANE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

Nazwa zakładutelefon.....

Ul.....kod pocztowy.....miejscowość.....

Nr kontraktu z NFZ.....REGON.....

Nr prawa wyk. zawodu lekarza kierującego.....

DANE PACJENTA

Nazwisko i imię

Data urodzenia:.....stan cywilny.....

Adres:.....telefon.....

Pesel:.....

DANE OPIEKUNA

Nazwisko i imię.....pokrewieństwo.....

Adres:.....telefon.....

gdzie chory obecnie przebywa

czy chory wyraża świadomą zgodę na objęcie go opieką?.....

rozpoznanie zasadnicze.....

.....ICD10.....data rozpoznania.....

Ilość punktów w skali Barthel:

opis aktualnego stanu zdrowia(dolegliwości , świadomość choroby)

dotychczasowe leczenie: (data rodzaj) :

liczba odleżyn>3.....odleżyny zakażone tak.....nie.....

temp>38°C pomimo stosowanej antybiotykoterapii tak.....nie.....

morfologia.....mocz.....OB.....białko.....

pozostałe choroby.....

obecne leczenie(nazwy leków , dawkowanie).....

Planowane leczenie i konsultacje(daty):.....

.....
podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

.....
pieczętka zakładu kierującego

.....
data, pieczętka i podpis lekarza

Do wniosku należy dołączyć dokumenty stwierdzające wysokość dochodów świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności:

- 1) decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty; do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
- 2) decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.

W świetle regulacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach.

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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	miejsce zamieszkania	stan zdrowia

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

Kryteria oceny sytuacji 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*) czyste, suche, widne, przestronne*)	0	warunki higieniczne zadowalające mieszkanie/pokój8) 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*)	4	
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowanie mieszkania	2	mieszkanie nie przystosowane	3	
Suma pkt						

*) Właściwe podkreślić.

- a) sytuacja b. dobra: 0-4 pkt kategoria A
- b) sytuacja zadowolająca: 5 do 10 pkt kategoria B
- c) sytuacja zła: 11 do 25 pkt kategoria C.

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 PIEŁĘGNACYJNYCH

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

Zakres wymaganej opieki	Kategoria*)
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarskiej	C

*) Właściwe podkreślić.

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

.....
(podpis pielęgniarki
przeprowadzającej wywiad)

.....
(data)

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

Wyrażam/nie wyrażam zgody 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.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....

rok urodzenia

adres

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

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost ciepłota ...

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny'), ciśnienie krwi
..... tętno/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):

9. Schorzenia współistniejące:*)

a) choroba zakaźna **tak - nie**, jeśli tak to jaka?

.....

b) gruźlica **tak - nie**, jeśli tak, to czy w stadium
zakaźnym **tak - nie**

c) narkomania **tak-nie**

d) choroba psychiczna **tak- nie**, jeśli tak, to jaka?

.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili
badania nie wymaga hospitalizacji.)

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do

zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego`) Wyrażam/nie
wyrażam") zgody 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*

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić

WZÓR
**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾**
Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp. Czynność³⁾ Wynik⁴⁾

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.

Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:

0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw

9.

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 kwalifikacji⁵⁾

.....
.....

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