

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 stwierdzającego 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 – 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 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 kwalifikacji⁵⁾	

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza 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; 15:56-61. 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

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać)

a) odżywienie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- ☐ karmienie pacjenta z zaburzony połykaniem
- ☐ zakładanie zgłębnika
- ☐ inne nie wymienione

b) higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toalet 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 nie wymienione

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ z zaawansowaną osteoporozą
- ☐ którego stan wymaga szczególnej ostrożności
- ☐ inne nie wymienione

f) rany przewlekłe

- ☐ odleżyny
- ☐ rany cukrzycowe
- ☐ inne nie wymienione

g) oddychanie wspomagane

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

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel/****

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczego – leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego*

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadku określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. 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 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Z 2009r. Nr 52, poz. 419, z póź. zm.), zastępuje skalę Barthel.

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

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:		

Rozpoznanie (wg ICD – 10):			
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 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 ☐ niedrożność górnej części przewodu pokarmowego ☐ śpiączka niemetaboliczna ☐ 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. > 7 dni ☐ 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:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni	

.....
MIEJSCOWOŚĆ DATA

ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ

Wyrażam zgodę na przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Dąbrowie Tarnowskiej

.....
/podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do zakładu albo jej przedstawiciela
ustawowego lub za zgodą tej osoby podpis innej
osoby lub zakładu opieki zdrowotnej/

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na potrącenie ze świadczenia emerytalno-rentowego lub innych świadczeń przysługujących pacjentowi opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Dąbrowie Tarnowskiej przez właściwy organ emerytalno-rentowy, zgodnie z odrębnymi przepisami.

.....
/podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do zakładu albo jej przedstawiciela
ustawowego lub za zgodą tej osoby podpis innej
osoby lub zakładu opieki zdrowotnej/

Wyrażam / nie wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych dotyczących pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

.....
/podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie
do zakładu albo jej przedstawiciela
ustawowego lub za zgodą tej osoby podpis innej
osoby lub zakładu opieki zdrowotnej/

.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL lub przedstawiciela ustawowego)

.....
MIEJSCOWOŚĆ DATA

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Kod pocztowy, miejscowość)

.....
(Nr PESEL)

Oświadczenie

(osoby ubiegającej się lub przedstawiciela ustawowego)

Ja niżej podpisany oświadczam, iż zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Dąbrowie Tarnowskiej o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej, a w szczególności o zmianie dochodu, pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodku pomocy społecznej, rezygnacji z umieszczenia w zakładzie, ewentualnie prośbie o umieszczenie w zakładzie w terminie późniejszym.

Zobowiązuje się również do niezwłocznego opuszczenia zakładu po uzyskaniu w ocenie samodzielności wg skali Barthel, powyżej 40 punktów (po dokonaniu wypisu przez lekarza).

Osoba wskazana przez pacjenta do kontaktu z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym w Dąbrowie Tarnowskiej

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

.....
PODPIS OPIEKUNA

.....
PODPIS

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Świadczeniobiorcy

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Nr PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD10 (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.

Badania do przyjęcia w oddziale ZOL

- 1 RTG – klatki piersiowej
- 2 HBS, anty HCV
- 3 OWA (VDRL)
- 4 Mocz
- 5 Morfologia
- 6 Aktualny wynik badania przesiewowego w kierunku szczepów CPE
- 7 Ujemny wynik testu w kierunku SARS-CoV-2 (antygenowy, RT-PCR) wykonany nie wcześniej niż 48 godz. przed przyjęciem

Ponadto do wniosku należy dołączyć

1. Karty informacyjne z pobytów szpitalnych
2. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL (aktualna decyzja organu emerytalno-rentowego lub decyzja o przyznaniu zasiłku stałego, wyrównawczego lub renty socjalnej)

Informacja o lekarzu POZ:

Nazwa przychodni POZ z dokładnym adresem

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
Albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
Lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

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 – pęciowy

.....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....

* niepotrzebne skreślić

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

.....

.....

.....

.....

9. Schorzenia współistniejące:*

- a) choroba zakaźna tak – nie, jeśli tak to jaka?
-
- b) gruźlica 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 lub 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*/

.....
/ data, pieczęć i podpis lekarza /

Imię i nazwisko

Pesel

Oświadczenie

1 / Upoważniam /nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania dokumentacji medycznej (recepta wyniki badań itd.)

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
adres zamieszkania, numer telefonu osoby upoważnionej

.....
podpis osoby upoważniającej

niepotrzebne skreślić *

Oświadczenie

2 / Upoważniam /nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
adres zamieszkania, numer telefonu osoby upoważnionej

.....
podpis osoby upoważniającej

niepotrzebne skreślić *

Oświadczenie

3 / Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przeprowadzanie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w roz. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

.....
imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę/niewyrażającej zgody*

*niepotrzebne skreślić