

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

NR UMOWY ŚWIADCZENIODAWCY ZLECENIODAWCY	
ROZPOZNANIE	
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA KIERUJĄCEGO	
NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
INSTYTUCJA ZLECAJĄCA	
REGON	

.....
PODPIS PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA

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

Niniejszym kieruje:

.....
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 dowodu 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 oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, albo
Imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego
podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także
nazwa (firma) podmiotu leczniczego , w przypadku gdy lekarz
ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

.....
*Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

.....
Pieczęć zakładu kierującego

WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

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 lewatyw i irygacji.....
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

- **samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia***

- z zaawansowaną osteoporozą.....
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione

i) rany przewlekłe

- odleżyny.....1.

-rany cukrzycowe.....

-inne niewymienione.....

g)oddychanie wspomagane.....

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

i)inne.....

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

.....
Miejscowość , data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki, albo imię i nazwisko
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa
wykonywania zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość , data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko
lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

* 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”.

.....
Pieczęć zakładu kierującego

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.	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 - spacer 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 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⁾

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾.

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

.....
data, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania
zawodu i pieczęć lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego albo lekarza
zakładu opiekuńczego⁶⁾ oraz jego podpis

.....
data, imię, nazwisko, numer prawa wykonywania
zawodu i pieczęć pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki
zakładu opiekuńczego⁶⁾ oraz jej podpis

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 z lp. 1–10.

⁶⁾ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

Wypełnić skalę Glasgow w przypadku gdy pacjent w skali Barthel otrzymał 0 /zero/ punktów

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:.....

Adres zamieszkania :

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

potwierdzającego tożsamość:

SKALA GLASGOW:

Ocenie podlega:

- Otwieranie oczu
 - 4 punkty - spontaniczne
 - 3 punkty - na polecenie
 - 2 punkty - na bodźce bólowe
 - 1 punkt - nie otwiera oczu

- Kontakt słowny:
 - 5 punktów - odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
 - 4 punkty - odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany
 - 3 punkty - odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
 - 2 punkty - niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
 - 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 (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
 - 2 punkty - patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
 - 1 punkt - bez reakcji

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

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13-15-łagodne
- GCS 9-12 - umiarkowane
- GCS 6-8 - brak przytomności
- GCS 5 - odkorowanie
- GCS 4 - odmóżdzenie
- GCS 3 - śmierć mózgowa

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

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką długoterminową

.....
.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

.....
Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....
Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z zakładem opiekuńczo-leczniczym

.....
.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

Do wniosku proszę dołączyć:

- podanie o przyjęcie
- decyzję ZUS
- aktualne badania :Ob, morfologia ,mocz, HBS, HCV,RTG płuc, cukier, cholesterol, badania przesiewowe w kierunku CPE

Proszę zwrócić uwagę na to, aby na wniosku oraz zaświadczeniu lekarskim były czytelne pieczętki- nagłówkowa i lekarska

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
„POMORZANY”**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego „Pomorzany”

32-300 Olkusz, ul. Gwarków 4a z uwagi na:

.....
podpis pacjenta ubiegającego się o przyjęcie
lub prawnego opiekuna