

.....
(pieczęć ZOZ)

Załącznik do rozporządzenia MZ
z dnia 25 czerwca 2012r.

Zał. nr 1

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
/IMIĘ I NAZWISKO/

.....
/ ADRES ZAMIESZKANIA/

.....
/NUMER PESEL, W PRZYPADKU JEGO BRAKU- NUMER POTWIERDZAJĄCY
TOŻSAMOŚĆ

.....
/MIEJSCOWOŚĆ , DATA/

.....
/PODPIS ŚWIADCZENIOBIORCY/

.....
(Pieczęć ZOZ)

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

2. Rozpoznanie problemu 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

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

.....
(pieczęć ZOZ)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

-

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadku 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 ZOZ)

**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 choroba
współistniejąca)

.....
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 świadczeniobiorcy (imię,nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy(imię, nazwisko, nr telefonu
do kontaktu)***

- do zakładu opiekuńczo -leczniczego/ pielęgnacyjno – opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, dnia

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeśli są wymagane.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

.....
(Pieczęć ZOZ)

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Lp.	NAZWA CZYNNOŚCI	Wynik
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny.	
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.	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 coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0-mycie i kąpiel całego ciała 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 - nie porusza się lub > 50m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 - spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 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, zawiązywanie sznurowadeł itp.	

Lp.	NAZWA CZYNNOŚCI	Wynik
9.	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca potrzebuje 5 – czasami popuszcza 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 – panuje ,utrzymuje mocz	
WYNIKI KWALIFIKACJI (suma punktów)		

.....
data, pieczęć i podpis pielęgniarki

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym*

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

* Niepotrzebne skreślić