

.....
(miejscowość, data)

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO NIEPUBLICZNEGO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO
„KAROLINKA” SP. Z O. O. W KATOWICACH**

DANE PACJENTA:

Imię i Nazwisko

Adres zam.

Data urodzenia:Miejsce ur.....

Dowód osobisty: seria.....nr:Nr emerytury/renty:

Oddział ZUS, KRUS, OPS :

PESEL:..... Nr telefonu

Dane opiekuna prawnego lub członka rodziny sprawującego opiekę, ew. Ośrodka Pomocy Społecznej, do którego pacjent przynależy:

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Nr telefonu..... Rodzaj pokrewieństwa.....

Ja niżej podpisany(-a) proszę o przyjęcie mnie/mojego podopiecznego do Niepublicznego Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego „Karolinka” Sp. z o. o. w Katowicach oraz wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w zakładzie tj. koszty wyżywienia i zakwaterowania regulowanych odrębnymi przepisami.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych do celów związanych z pobytem.

.....
(podpis osoby składającej wniosek lub opiekuna)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego
2. Wywiad Pielęgniarski z Zaświadczeniem Lekarskim
3. Skalę Barthela
4. Aktualne wyniki badań: morfologia, OB. HCV, HBS, HIV, badanie ogólne moczu, poziom cukru we krwi, jonogram
5. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu składającego wniosek (np. decyzja: emerytalna, rentowa, socjalna), ostatni odcinek otrzymanego świadczenia.
6. W przypadku braku powyższych świadczeń zobowiązanie osoby, która będzie ponosić odpłatność za pobyt w zakładzie.
7. Kserokopia dowodu osobistego.
8. Jeśli pacjent jest zakwalifikowany do leczenia żywieniowego dodatkowo wypełnia się kartę leczenia żywieniowego.

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-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 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

.....
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 pielęgniacyjno-opiekuńczego (Niepubliczny Zakład Pielęgniacyjno-Opiekuńczy „Karolinka” Sp z o. o.):

.....
data urodzenia:

adres:

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

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

II. Badania przedmiotowe: waga..... kg, wzrost..... cm, ciepłota..... °C

8. **Skóra i węzły chłonne obwodowe**

9. **Układ oddechowy**.....

10. **Układ krążenia:** wydolny – niewydolny, ciśnienie krwi..... tętno/min.....

11. **Układ trawienny**.....

12. **Układ moczowo – płciowy**.....

13. **Układ ruchu** oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

14. **Układ nerwowy i narządy zmysłów**

15. **Rozpoznanie (choroba zasadnicza)**

16. Schorzenia współistniejące:

choroba zakaźna tak-nie, jeśli tak to

jaka?.....

gruźlica tak-nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak-nie

narkomania tak- nie

choroba psychiczna tak - nie, jeśli tak to

jaka.....

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

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

Wyrażam zgodę 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 i podpis lekarza, data)

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 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

1. 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

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

Informacje dodatkowe

Nazwisko i imię

.....

Aktualne leczenie farmakologiczne

.....

.....

.....

.....

.....

Wyniki badań (z ostatnich 6 miesięcy):

OB

.....

Morfologia: hematokryt, hemoglobina

erytrocyty, leukocyty, trombocyty

Poziom cukru we krwi (w przypadku cukrzycy wynik z ostatnich dni)

Mocz – badanie ogólne:

.....

.....

EKG (opis):

.....

.....

.....
(data oraz pieczęć i podpis lekarza
wypełniającego zaświadczenie)

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.	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.	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, 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 > 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 lewatywy 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

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnościowego

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 4/2014/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 lutego 2014 r
Załącznik nr 6a do Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ

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	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej <input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Możliwe skuteczne odżywianie doustne	<input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
	Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	Dostęp dojelitowy	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6.	Dostęp pozajelitowy	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika
7.	Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni