

WNIOSEK
O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO /
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO*

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego,
w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
wykonuje zawód w tym podmiocie

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)

Numer 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 uzasadniony stanem zdrowia (TAK / NIE)*

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

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

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

.....
Miejscowość

.....
data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
* Niepotrzebne skreślić.
** Jeżeli jest wymagana.
*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

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 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 jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheotomijnej

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 pielęgniarza

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* 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 9 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”.

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO /
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM ¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

L/p	Nazwa czynności ³⁾	Wartość punktowa 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 = spacerzy 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 i rozbieranie się 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 kwalifikacji ⁵⁾		

.....
(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. „Badania funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56 – 61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń do 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.