

**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

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 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

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

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 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"

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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 uzasadniony 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.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

l/p	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 trochę pomocy, ale może zrobić coś 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 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 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 pielęgniarki ZOL

1. Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel.”

2. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą.

3. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

4. W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

5. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza ZOL

ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WYKAZ ORAZ DAWKOWANIE LEKÓW PRZYJMOWANYCH PRZEZ PACJENTA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatkowe informacje dla Zakładu:

- Imię i nazwisko panięńskie rodziców osoby starającej się o przyjęcie do Zakładu:
.....
- Poprzedni adres zamieszkania:
.....
- Jeżeli osoba starająca się o przyjęcie jest w związku małżeńskim proszę podać imię i nazwisko panięńskie żony:
.....
- Czy wobec osoby starającej się o przyjęcie do zakładu ciąży jakiekolwiek zobowiązanie (komornik, alimentacja itp.)?:
.....
- Adres przychodni lekarskiej, w której osoba starająca się o przyjęcie ma założoną kartę:
.....
- Czy istnieją dodatkowe dochody z tytułu emerytury lub renty np. dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny, dodatek kombatancki itp.?:
.....
- Czy osoba starająca się o przyjęcie do Zakładu przebywała lub była leczona w poradni zdrowia psychicznego?
.....
- Czy osoba starająca się o przyjęcie do Zakładu przebywała/przebywa w innej placówce całodobowej (ZOL, DPS, DDP itp.), jeśli tak to jakiej i gdzie:
.....
- Czy występuje nałóg (alkohol, narkotyki, nikotyna itp.)?:
.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisan/a/y

.....
wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na ponoszenie odpłatności za wyżywienie
i zakwaterowanie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, ustalonej zgodnie z przepisami
ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793, z późn. zm.) oraz
jej potrącanie z mojej emerytury/ renty* przez właściwy organ emerytalno-
rentowy/z zasiłku stałego przez właściwy ośrodek pomocy społecznej*

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

..... data
(miejscowość)

.....
(podpis pracownika)

*- niepotrzebne skreślić

OSWIADCZENIE ZGODY

Pacjent potwierdza, że został poinformowany, że na czas pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym nie przysługuje dodatek pielęgnacyjny.

Zobowiązuje się do zawiadomienia ZAKŁADU UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH / KASĘ ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO o terminie przyjęcia i wypisu z zakładu.

.....
/miejscowość, data/

.....
/podpis świadczeniobiorcy,
opiekuna prawnego/

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

I. Wywiad

1. Wiek (lata) wzrost (cm) masa ciała (kg) płeć K M
2. Zmiana masy ciała utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg) (%)
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:
 zwiększenie bez zmian zmniejszenie
3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów
☐ bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)
Rodzaj diety:
☐ zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych
☐ dieta płynna kompletna
☐ dieta płynna hipokaloryczna
☐ głodzenie
4. Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)
☐ bez objawów Nudności Wymioty Biegunka Jadłowstręt
5. Wydolność fizyczna
 bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)
 rodzaj: praca w ograniczonym zakresie
 chodzi
 leży
6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby
☐ brak mały średni duży

II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)

- ☐ utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójkłowymi i na klatce piersiowej
- ☐ zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
- ☐ obrzęk nad kością krzyżową
- ☐ obrzęk kostek
- ☐ wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

- ☐ prawidłowy stan odżywienia
- ☐ podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
- ☐ wyniszczenie
- ☐ duże ryzyko niedożywienia

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

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, odmóżdżenie (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

Względną 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 – odmóżdżeni
- GCS – śmierć mózgowa

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

Końcowa ocena pacjenta wg skali Glasgow pkt

OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002)

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	
Brak = 0	Prawidłowy stan odżywienia	Brak = 0	Zwykłe zapotrzebowanie
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 3 miesięcy lub Spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda Choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) - marskość wątroby, POChP Radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5-20,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 25-50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe Pooperacyjna niewydolność nerek Chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 0-25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy Przeszczep szpiku Chory w oddziale Intensywnej Terapii
Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat + 1 pkt			
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: ≥ 3 – wskazane leczenie żywieniowe < 3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień.			

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

Warszawa, dnia

.....
/Pieczętka Oddziału/

Pacjent

Pesel

Zamieszkały

ZOSTAŁ ZAKWALIFIKOWANY DO LECZENIA DIETA PRZEMYSŁOWĄ
POPRZEZ SONDE/PEG POWYŻEJ 30 DNI

Rodzaj diety przemysłowej (preparat)

Dawkowanie

.....
/data pieczętka lekarza/