

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Opieki dla osób starszych „Spokojna Przystań II” w Baborowie

.....
Rok urodzenia PESEL

Adres, tel. kontaktowy

1. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, przebyte operacje

.....
2. Badanie przedmiotowe – waga

3. Skóra i węzły chłonne obwodowe

4. Układ oddechowy

5. Układ krążenia wydolny – niewydolny*, ciśnienie krwi

tętno/min

6. Układ trawienia

7. Układ moczowo – płciowy

8. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

9. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....

10. Rozpoznanie (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

11. Dotychczasowe leczenie

12. Schorzenia współistniejące*

– choroba zakaźna tak – nie, jeśli tak to jaka?

.....

– gruźlica tak – nie

– narkomania tak – nie

– choroba psychiczna tak – nie, jeśli tak to jaka?

.....

– uczulenia tak – nie, jeśli tak to jakie?

.....

.....

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

Oświadczenie osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Opieki dla osób starszych „Spokojna Przystań II” w Baborowie lub jego przedstawiciela ustawowego.

Wyrażam / nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Opieki dla osób starszych „Spokojna Przystań II” w Baborowie

.....
data i podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie w
Domu Opieki dla osób starszych „Spokojna Przystań II”

.....
pieczęć i podpis lekarza

niepotrzebne skreślić*

WYWIAD

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

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

niepotrzebne skreślić*

KARTA OCENY

Ocena osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Opieki dla osób starszych „Spokojna Przystań II” w Baborowie wg skali opartej na skali Barthel.

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie

Adres zamieszkania

Numer PESEL

lp	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1	Spożywanie posiłków 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu 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 samodzielnie 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie i 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	
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, zawiązywaniu sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
	Wyniki	

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego