Beskidzkie Centrum Onkologii –Szpital Miejski w Bielsku-Białej
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
ul. Emilii Plater 17 Bielsko-Biała 43-300
tel. 33/8198774

Komplet dokumentów

(wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego)

- objaśnienia:

Komplet zawiera:

1. wniosek (z podpisem pacjenta/pełnomocnika),
2. skierowanie (wypełnia lekarz),
3. zaświadczenie lekarskie (wypełnia lekarz + miejsce na podpis pacjenta/pełnomocnika),
4. wywiad pielęgniarski (wypełnia pielęgniarka placówki kierującej),
5. karta oceny świadczeniobiorcy wg Skali Barthel (wypełnia lekarz),
6. Skala Glasgow (wypełnia lekarz),
7. SGA (wypełnia lekarz),
8. kartę kwalifikacji do leczenia żywieniowego (opcjonalnie, wypełnia lekarz),
9. oświadczenie dot. danych osobowych (wypełnia rodzina/pacjent),
10. warunki udzielania świadczeń (podpis członka rodziny/pacjenta na końcu dokumentu jako potwierdzenie zapoznania się),

Ponadto do wniosku należy dołączyć:

- ✓ kserokopie kart informacyjnych z poprzednich hospitalizacji, a jeśli pacjent przebywa obecnie w szpitalu - wstępny wypis,
- ✓ aktualną decyzję emerytalno-rentową oraz zaświadczenie o dochodach wszystkich osób zamieszkujących z pacjentem (jeżeli nie jest osobą samotnie gospodarującą),
- ✓ wykaz leków wraz z dawkowaniem,
- ✓ akt notarialny o pełnomocnictwo ze szczegółowym zapisem o udzielaniu świadczeń zdrowotnych /lub decyzję o ubezwłasnowolnieniu i przyznaniu opiekuna / lub kopię wniosku o ubezwłasnowolnienie złożonego uprzednio do sądu (dot. pacjentów, którzy z różnych względów nie są w stanie samodzielnie złożyć podpisu i wyrazić zgody na pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym) .

W przypadku osób bez kontaktu logicznego na dokumentach lekarskich wymagane są podpisy i pieczątki dwóch lekarzy.

W miejscach przeznaczonych na podpis pacjenta podpisuje się pacjent lub pełnomocnik /lub osoba, która widnieje jako wnioskodawca na wniosku o ubezwłasnowolnienie.

Na pieczątce podmiotu leczniczego kierującego pacjenta do tutejszego Zakładu powinny widnieć kody resortowe V-VIII (jeśli nie, proszę o ich wyegzekwowanie ich oraz zapisanie odręcznie na druku wniosku).

Beskidzkie Centrum Onkologii –Szpital Miejski w Bielsku-Białej
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
ul. Emilii Plater 17 Bielsko-Biała 43-300
tel. 33/8198774

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ;

1. Wstępny wypis z badaniami z oddziału, na którym przebywa pacjent.
2. Kserokopie poprzednich kart wypisowych z ostatnich pobytów szpitalnych.
3. Dowód osobisty do wglądu przy składaniu wniosku.
4. Decyzję emerytalno-rentowną z obowiązującego roku i współmałżonka lub innych osób zamieszkujących i gospodarujących z chorym.
5. Postanowienie sądu (w uzasadnionych przypadkach)
   -o ubezwłasnowolnienie,
   -o ustanowienie opiekuna prawnego,
   -o zezwolenie na umieszczenie podopiecznego w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym.
6. Lista leków + dawkowanie.

Załącznik nr 2
Do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[2)]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

……

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego 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	**Utrzymywanie 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** – spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m **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, 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 kwalifikacji[5)]	

Wynik oceny stanu zdrowia:
Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[1)] skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym[1)]
.....
.....
.....

....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego[6)]

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego[6)]

[1)] Niepotrzebne skreślić.
[2)] Mahoney Fl, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.
Maryland State Med. Journal 1965; 15:56-61. 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 z lp. 1-10.
[6)]Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

Załącznik nr 2

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

……..…….……
mię i nazwisko

……..…….
Adres zamieszkania

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

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, lub 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 tracheotomijnej …….……
…….……
□ 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

Załącznik nr 2

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 2011r. 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 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U.z 2009r. Nr 52, poz 419, z późn.zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania".

Beskidzkie Centrum Onkologii
- Szpital Miejski
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Wyzwolenia 18
Tel. 33/ 816-43-70, Fax 33/ 816-44-01
NIP 9372662340 REGON 242865296

WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO

BESKIDZKIEGO CENTRUM ONKOLOGII - SZPITALA MIEJSKIEGO IM. JANA PAWŁA II W BIELSKU-BIAŁEJ

Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy jest jedną z alternatywnych form długoterminowej opieki stacjonarnej. Oferta świadczeń skierowana jest przede wszystkim do osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych, unieruchomionych fizycznie, u których proces intensywnego leczenia został zakończony.

Kluczowym zadaniem zakładu jest stała, profesjonalna opieka pielęgniarska, kontynuacja leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacji, terapii logopedycznej, terapii zajęciowej i psychologicznej.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy przewiduje czasowy charakter pobytu podopiecznych i uwzględnia stały lub okresowy powrót chorego do środowiska zamieszkania, w którym opieka jest kontynuowana .

O skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego może wystąpić:

- świadczeniobiorca lub,
- przedstawiciel ustawowy świadczeniobiorcy lub,
- za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego inna osoba lub podmiot leczniczy.

W celu umieszczenia pacjenta w ZPO należy dostarczyć następujące dokumenty:

- skierowanie do ZPO
- zaświadczenie lekarskie
- wywiad pielęgniarski
- kartę oceny świadczeniobiorcy wg skali Barthel
- dowód tożsamości
- w przypadku osoby, która nie może sama wyrazić zgody, należy załączyć: (postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu, postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna lub decyzję Sądu o umieszczenie w ZPO bez zgody pacjenta).
- aktualna decyzja emerytalno - rentowa lub inny dokument potwierdzający wysokość dochodu

Zasady pobytu:

- do zakładu nie może być przyjęty pacjent w ostrej fazie choroby psychicznej, uzależniony od alkoholu lub środków psychoaktywnych, z chorobą zakaźną, chorobą nowotworową oraz pacjent kwalifikujący się do DPS, u którego podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna
- pobyt w zakładzie jest zawsze na czas określony - uzależniony od oceny stanu pacjenta wg skali Barthel dokonywanej przez lekarza i pielęgniarkę zakładu opiekuńczego na koniec każdego miesiąca. Jeśli punktacja jest wyższa niż 40 punktów to okres pobytu zostaje ograniczany do jednego miesiąca.
- osoba przebywająca w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej osoby przebywającej w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.
- wniosek o skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego formułowany jest w oparciu o dokładną ocenę i analizę stanu zdrowia chorego, sytuacji socjalnej w tym wydolności opiekuńczej rodziny i środowiska oraz zakresu niezbędnej pomocy i opieki. Wniosek przekazywany jest lekarzowi, który dokonuje kwalifikacji

Świadczenia medyczne udzielane w zakładzie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ramach świadczeń ZPO gwarantuje w opiece nad chorym sprzęt jednorazowy, materiały opatrunkowe i leki. Do podstawowych świadczeń należą: czynności pielęgnacyjne, takie jak toaleta całego ciała, zmiana bielizny, zmiana pieluchomajtek, podawanie leków, karmienie, pomiar podstawowych parametrów życiowych, pielęgnacja odparzeń i odleżyn, tlenoterapia oraz zabiegi rehabilitacyjne wykonywane wg zlecenia lekarskiego, odpowiednie do stanu zdrowia pacjenta.

Dodatkowe informacje można uzyskać bezpośrednio w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym w dni robocze od godz. 12.00 do 14.00.

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

Imię i nazwisko: ……

Data urodzenia: ……

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:
   □ zwiększenia □ 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 mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej
□ zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
□ obrzęk nad kością krzyżową
□ obrzęk kostek
□ wodobrzusze

III. SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIANIA (SGA)

□ prawidłowy stan odżywienia
□ podejrzenie niedożywienia lub niedożywienia średniego stopnia
□ wyniszczenie
□ duże ryzyko niedożywienia

…… pieczęć, podpis lekarza leczącego

…… podpis i pieczęć pielęgniarki

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

Pogorszenie stanu odżywiania		**Nasilenie choroby (zwiększone 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
Nasilenie:	Suma punktów:	Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: ≥ 3 – wskazane leczenie żywieniowe < 3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powróż badanie za tydzień			

……
pieczęć, podpis lekarza leczącego

……
podpis i pieczęć pielęgniarki

Załącznik 6

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

SKALA GLASGOW

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Glasgow.

   Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: .....

   Adres zamieszkania .....

   Pesel .....

2. Ocenie podlega:

   - **otwieranie oczu**
     - □ 4 punkty – spontanicznie
     - □ 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 zdezorientowany
     - □ 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
     - □ 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
     - □ 1 punkt – bez reakcji
   - **reakcja ruchowa**
     - □ 6 punktów – spełniania 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, przerost 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

Uwzględnia 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 – odmóżdżenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

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

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

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

……

Pieczątka i podpis lekarza leczącego

Oświadczenie dotyczące danych osobowych świadczeniobiorcy

Imię i nazwisko .....

Nazwisko rodowe .....

Nazwisko rodowe matki……

Imiona rodziców .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria Dowodu Osobistego .....

Data wydania .....

Wydany przez .....

PESEL .....

Wykształcenie …….

Zawód …….

Stan cywilny……..

Wzrost :

Waga:

Dane osób do kontaktu (dane adresowe, stopień pokrewieństwa):

1..……

……

2.……

……

3.……

……

Telefony kontaktowe do opiekunów:

1.……

2.……

3.……

Nazwa i dokładny adres przychodni, do której został zadeklarowany pacjent

(**lekarza podstawowej opieki zdrowotnej**, do którego pacjent złożył deklarację wyboru)

…….……..

…….…..…

…… ……

Zgodne z dowodem Podpis osoby składającej wniosek

Załącznik nr 3

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, 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 POZ świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr tel. do kontaktu)***

……
Pielęgniarka POZ świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr tel. do kontaktu)***

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

……
Miejscowość i 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 opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno – opiekuńczego: .....

Data urodzenia: .....

Adres: .....

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

.....

.....

.....

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

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe .....

2. Układ oddechowy .....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny *, ciśnienie krwi .....tętno/min.....

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo - płciowy .....

6. Układ ruchu oraz ocena stopni samodzielności i samoobsługi.....

.....

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów .....

.....

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) .....

.....

.....

.....

9. Schorzenia współistniejące *

a) choroba *zakaźna* tak - nie, jeśli tak to jaka ?.....

b) gruźlica tak - nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak – nie .....

c) narkomania tak – nie .....

d) choroba psychiczna tak- nie, jeśli tak to jaka .....

.....

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

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

Wyrażam / nie wyrażam / zgody 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, podpis lekarza, data

*niepotrzebne skreślić

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

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

……
Imię i nazwisko

……
Adres zamieszkania

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

…… ……
Miejscowość i data Podpis świadczeniobiorcy

*Niepotrzebne skreślić