

.....dnia.....r.
(miejsowość) (data)

.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie ,
świadzeniobiorca lub opiekun prawny)

.....
(adres zameldowania wraz z kodem pocztowym)

.....
(numer ewidencyjny PESEL)

.....
(adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym - wypełnić,
jeżeli inny niż podany powyżej)

.....
(numer telefonu kontaktowego)/ E-MAIL

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy II
ul. Szpitalna 1
41-219 Sosnowiec
Tel. (32) 41 30 205

Wniosek o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy II przy ulicy Szpitalnej 1 w Sosnowcu (pobyt komercyjny).

Prośbę swoją motywuję

.....

.....

Załączniki do wniosku :

- a) Wniosek o wydanie skierowania do **ośrodka pielęgnacyjno-opiekuńczego (załącznik nr 1)**
- b) Wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie **(załącznik nr 2)**
- c) Skierowanie do **ośrodka pielęgnacyjno-opiekuńczego (załącznik nr 3)**
- d) Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do **ośrodka pielęgnacyjno-opiekuńczego** wg skali Barthel **(załącznik nr 4)**

Wraz z wypełnionym kompletnym podpisanym /przez lekarza i pielęgniarkę POZ bądź oddziału szpitalnego / wnioskiem proszę dostarczyć również :

- 1. Spis leków aktualnie przyjmowanych przez Pacjenta potwierdzony przez lekarza.
- 2. Ksero wszystkich dotychczasowych wypisów z przebytego leczenia szpitalnego/POZ.
- 3. Ksero wydanego ubezwłasnowolnienia pacjenta - jeśli takie istnieje.

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie
lub jej przedstawiciela ustawowego)

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
Adres zamieszkania Pacjenta

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL Pacjenta, 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 Pacjent.....

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

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

–zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego/ZOL II

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

DODATKOWY WYWIAD LEKARSKI:

1. Przyczyna dysfagii:

NIE DOTYCZY

- a) Udar mózgu, przyczyna
- b) guzy głowy czy szyi
- c) neuropatie obwodowe
- d) dystrofia mięśniowa
- e) stany zapalne jamy ustnej czy gardła
- f) zaburzenia czynnościowe
- g) uchyłki przełyku, zapalenie przełyku
- h) twardzina układowa
- i) inne przyczyny.....

2. Założone wkłucia obwodowe: tak / nie

- data założenia wkłucia.....

3. Założony cewnik Foley'a: tak / nie

- data założenia cewnika.....

4. Stomia: tak / nie

-rodzaj stomii

-data założenia stomii.....

5. Rurka tracheotomijna: tak / nie

- data założenia rurki.....

6. Sposób odżywiania:

- a) naturalny
- b) inny :
 - sonda żołądkowa
 - cewnik do żywienia przemysłowego
 - gastrostomia
 - dożylna

7. Rodzaj podawanego pożywienia:

- a) mix kuchenny
- b) żywienie przemysłowe jakie?.....
- c) nie dotyczy

8. Kwalifikacja do żywienia dietą przemysłową: tak / nie

- data kwalifikacji do żywienia przemysłowego.....

9. Odleżyny: tak / nie

- miejsce wystąpienia odleżyny

10. Owrzodzenia skóry: tak / nie

- miejsca wystąpienia owrzodzeń.....

1. Inne zmiany skórne.....

.....
Data i podpis lekarza

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane pacjenta

.....
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 stonii
- ⇒ 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 albo imię i nazwisko
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza, jego podpis
oraz numer prawa wykonywania zawodu

* Niepotrzebne skreślić.

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 - 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 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⁾
Wynik oceny stanu zdrowia: Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga ¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym ¹⁾		
.....		
.....	
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis ⁶⁾		data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis ⁶⁾

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 z lp. 1 – 10.

6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.