

Mierzęcice dnia.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Data urodzenia)

**nr telefonu kontaktowego: .....**

(rodzina, krewni, opiekunowie) .....

.....  
(Pesel)

**Wniosek  
do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego ze względu na stan mojego zdrowia.

Do wniosku dołączam:

- Skierowanie i Zaświadczenie lekarskie,
- Wywiad pielęgniarski,
- Skalę Barthel wypełnioną przez pielęgniarkę (**karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w ZOL/ZOP**),
- Skalę Glasgow,
- Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu – dokumenty w oryginale i kopii (**aktualna decyzja ZUS, KRUS, MOPS, MOPR**),
- Zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w Zakładzie (**oświadczenie o płatności**),
- Zobowiązanie się członków rodziny /MOPS/MOPR do odebrania pacjenta po zakończeniu pobytu w Zakładzie (**oświadczenie o odbiorze pacjenta**),
- Kserokopie dowodu osobistego
- Kserokopie karty NFZ, ZUS
- Kserokopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na odpłatny pobyt – zgodnie z obowiązującymi przepisami - Dz. U. z 2004r. Nr.210, poz. 2135 oraz Dz. U. z 2004r. Nr.64, poz. 593 – w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i akceptuję potrącanie opłaty za pobyt z otrzymywanego świadczenia.

.....  
(czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika

.....  
(czytelny podpis)

**SKIEROWANIE DO 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 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 uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie)\*

.....  
Lekarz prowadzący świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

.....  
Pielęgniarka odcinkowa świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

.....  
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

**1. 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 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 pielęgniarki

## 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 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, poz.419,z późn.zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

.....

.....  
( imię i nazwisko opiekuna )

.....  
( miejscowość, data )

.....  
(adres: kod, miejscowość, ulica)

.....  
(stopień pokrewieństwa)

### OŚWIADCZENIE

(wypełniać tylko w przypadku osób nieprzytomnych)

Oświadczam, że zobowiązuję się do wystąpienia do sądu w celu ustalenia opiekuna prawnego dla  
mojego/mojej .....

Pana/Pani .....

zam. ....

w związku ze stanem zdrowia chorego/chorej i brakiem zdolności do podejmowania czynności prawnych.

.....  
( data, czytelny podpis opiekuna)

# KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH

## 1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel /2/:

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL/inny dok. ....

Adres zamieszkania .....

L.p.	Nazwa czynności /3/	Wartość punkt. /4/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym. /wymaga zmodyfikowanej diety. 10 = samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie:</b> 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc społeczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 = samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się.	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0 = nie porusza się lub do <50m 5 = niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m 10 = spaceruje za pomocą słowną lub fizyczna jednej osoby >50m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski >50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10 = samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Oddawanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Oddawanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niasamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, kontroluje oddawanie moczu	
<b>Wynik kwalifikacji /5/</b>		

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

.....

### Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga / nie wymaga** \* pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

/1\*/ - niepotrzebne skreślić

/2/ - skala barthel. Do celów niekomercyjnych możliwe jej wykorzystanie.

/3/ - należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

/4/ - wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,

/5/ - w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

# KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH

## 1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali GLASGOW /2/:

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL/Inny dok. ....

Adres zamieszkania .....

**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 zdezorientowany
- 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, odmóżdzenie (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 – odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

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

//// **Podpis i pieczęć**

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			

Lp.	Nazwa poradni udzielającej przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi ***	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej udzielającego przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi
1.		
2.		
3.		

.....  
/Data i podpis, pieczęć pielęgniarki)

**Legenda:**

- \* niepotrzebne skreślić:
- \*\* wstawić znak X w odpowiednich pozycjach
- \*\*\* poradnia pod opieką, której znajduje się pacjent

.....  
**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, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

# KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

## Pacjent

Imię, nazwisko ..... PESEL ..... nr historii choroby .....

Ocena stanu odżywiania: SGA lub NRS 2002 (załączyć kartę oceny); .....  
BMI = .....

% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach): .....

Stężenie białka we krwi .....g/l                      stężenie albumin we krwi .....g/l

### 1. Wskazania do leczenia żywieniowego: przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: ..... dni

wskazania do leczenia żywieniowego

- okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt
- wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci
- wyniszczenie (BMI < 17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego
- niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni
- BMI 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni
- zwiększony katabolizm
- powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego
- reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji
- niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła
- inne

### 3. Cel leczenia żywieniowego:

- utrzymanie stanu odżywienia
- poprawa stanu odżywienia
- leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań

### 4. Droga podawania:

skuteczne żywienie doustne możliwe:     tak      nie

skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego możliwe:  tak  nie

### 5. Dostęp:

- zgłębnik:  nosowo-żołądkowy     nosowo-dwunastniczy     nosowo-jelitowy
- przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG)  gastrostomia  jejunostomia
  - inna przetoka     żyła centralna     tunelizacja     cewnik permanentny
  - port     żyły obwodowe

Typ cewnika, zgłębnika lub PEG: .....

### 6. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (refeeding syndrome):

- nie ma     małe     duże

### 7. Wynik leczenia:

- dobry  zły

### 8. Posiew krwi:

W przypadku żywienia drogą żyły głównej, załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika:

- wynik obecny  brak

.....

pieczęć, podpis lekarza leczącego

podpis i pieczęć członka zespołu żywienia



.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
miejsce i data

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie świadczeniem Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego  
w Mierzęcicach – Osiedle 76

Jestem ubezpieczona/ny Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....  
**Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu**

### **Seria i numer legitymacji ubezpieczeniowej:**

.....  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych  
świadczeniodawcy i płatnika.

przesłanej dokumentacji dla potrzeb niezbędnych do sprawowania nade mną opieki w ramach świadczenia  
zespołu długoterminowej opieki dla pacjentów i dzieci wentylowanych mechanicznie (zgodnie z Ustawą z  
dnia

29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.).

Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych oraz informacji o moim stanie zdrowia  
personelowi medycznemu sprawującemu nade mną opiekę w ramach w/w świadczenia.

.....  
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

### **UWAGA:**

===== W dniu przyjęcia prosimy o zaopatrzenie pacjenta w następujące artykuły  
/dotyczy pacjentów Z.P.O./

- > Piżama/koszula nocna/-2szt.
- > Koszulka bawełniana -10szt.
- > Bielizna osobista/pacjent nie korzystający z pampersów/-5szt.
- > Skarpetki-5par
- > Strój do ćwiczeń-dres/rehabilitacja/-1szt.
- > Pantofle wkładane całe/pacjent chodzący/-1szt.
- > Kłapki kąpielowe/pacjent chodzący/-1szt.
- > Mydło w płynie -1 litr
- > Szampon do włosów-1 litr
- > Pasta do zębów -1szt.
- > Tabletki do mycia protez zębowych-10szt.
- > Golarka jednorazowa-20szt.
- > Oliwka dla dzieci-1 butelka
- > Gąbka kąpielowa-2szt.
- > Grzebień-2szt.
- > Szczoteczka do mycia zębów/proteż/-2szt.
- > Ręczniki frotte – 5 szt