

Mierzęcice dnia.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Data urodzenia)

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

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

.....  
(Pesel)

**Wniosek  
do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego  
dla pacjentów Wentylowanych Mechanicznie**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie 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  
DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE**

**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)\*\*\*

**- do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie**

.....  
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

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### 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





.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
miejsce i data

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie świadczeniem Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie 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.
- > Klapki 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.

**KWALIFIKACJA  
dla pacjentów wentylowanych mechanicznie**

Nazwisko i imię pacjenta .....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**I. Wywiad (podstawowe dane, przebyte choroby, operacje)**

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

**II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost .....**

**1. Skóra i węzły chłonne obwodowe**

.....

odleżyny  owrzodzenia troficzne  rany przewlekłe

**2. Układ oddechowy niewydolny – wymaga wentylacji mechanicznej:**

stałej 24 h / dobę okresowo .....h/dobę

wentylacja przez tracheostomię/maskę twarzową/inne.....

(rozmiar rurki tracheotomijnej.....)

konieczne mechaniczne odsysanie wydzieliny oskrzelowej TAK/NIE

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

**4. Układ pokarmowy**

.....

•  gastrostomia  zgłębnik do żołądka  nietrzymanie stolca

**5. Układ moczowo-płciowy**

.....

nietrzymanie moczu  cewnik do pęcherza moczowego

**6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji**

.....  
.....

leżący  chodzący  poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

**7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:**

.....  
.....

**8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):**

.....

III. Zalecenia lekarskie:

1. Wentylacja mechaniczna (tryb, PEEP, Fi O<sub>2</sub>, inne istotne parametry)

.....  
.....

2. Inne zalecenia (przyjmowane leki, dieta, rehabilitacja, inne istotne zalecenia)

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

Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej:

1. zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe, lub nie ma możliwości leczenia przyczynowego
2. przeprowadzono pełną diagnostykę (zostały wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła/okresowa wentylacja)
3. w chwili obecnej wymagany jest pobyt w zakładzie opieki całodobowej.

Pacjent zakwalifikowany jest do objęcia opieką dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

.....

Data

.....

pieczęć, podpis lekarza  
specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii