

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
- Wywiad pielęgniarSKI
- Zaświadczenie lekarskie,
- Wniosek o wydanie skierowania
- Skalę Barthel wypełnioną przez lekarza i pielęgniarkę (*karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w ZOL/ZOP*),
- Skalę Glasgow,
- Kartę kwalifikacji do leczenia żywieniowego,
- *Zgoda pacjenta (lub ksero wystąpienia do Sądu Rejonowego o wyrażenie Zgody na umieszczenie pacjenta nieprzytomnego w ZOL/ZPO)*
- Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu – dokumenty w oryginale i kopii (*aktualna decyzja ZUS z kserokopią karty ZUS , KRUS, MOPS, MOPR*),
- Karta Kwalifikacji do wentylacji mechanicznej
- Kserokopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego (z ostatniego roku)

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.

.....
(podpis pacjenta lub opiekuna)

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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 leczeniePotrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia **tak / nie***

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca** pkt

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie)*

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)*****- do zakładu opiekuńczo-leczniczego 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”**.

=====

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 OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO DLA PACJENTÓW
WENTYLOWANYCH / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM WENT. (1*)**

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.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym. /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 społeczna (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 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 do <50m 5 = niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m 10 = spaceruje za pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m 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 i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Oddawanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	Oddawanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niasamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji /5/		

Wynik oceny stanu zdrowia: Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga / nie wymaga** (1*) skierowania do Zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym *

.....
DATA, imię , nazwisko , NPWZ **lekarza** ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego (6)

.....
DATA, imię , nazwisko , NPWZ **pielęgniarki** ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego (6)

/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

/6/ - dotyczy oceny w przypadku pobytu w zakładzie opiekuńczym

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

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.

.....
Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnościowego

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

.....
Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

.....
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

.....
**Świadczenia rentowe-emerytalne, zasiłek chorobowy, zasiłek MOPS,
(określenie płatnika i wysokość świadczeń)**

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.

Wyrażam zgodę na odpłatny pobyt w ramach refundacji NFZ.

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

UWAGA:

=====

W dniu przyjęcia prosimy o zaopatrzenie pacjenta w następujące artykuły /dotyczy pacjentów Z.P.O./ **oraz sukcesywne ich uzupełnianie.**

- > 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/protez/-2szt.
- > Ręczniki frotte – 5 szt

.....
(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)

**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 okresowoh/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 O₂, 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