

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres Zamieszkania

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

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL, a przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzający tożsamość

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a 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 uzasadniony 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/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

.....
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

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp	Czynność ³⁾	
1	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje 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-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje 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 zakrety > 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-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzuje 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⁾		

(data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego)

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

(data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego)

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel." Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.
- 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

WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres Zamieszkania

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

Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

α) Odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*
- Karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....
- Karmienie pacjenta z zaburzonym polykaniem.....
- Zakładanie zgłębnika.....
- inne niewymienione.....

β) Higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*
- W przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheotomijnej.....
- Inne niewymienione.....

γ) Oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*
- Cewnik.....
- Inne niewymienione.....

δ) Oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*
- Pielęgnacja stomii.....
- Wykonywanie lewatyw i irygacji.....
- Inne niewymienione.....

ε) Przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*
- Z zaawansowaną osteoporozą.....
- Którego stan wymaga szczególnej ostrożności.....
- Inne niewymienione.....

φ) Rany przewlekłe

- Odleżyny.....
- Rany cukrzycowe.....
- Inne niewymienione.....

- γ) Oddychanie wspomagane.....
- η) Świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*.....
- ι) Inne.....
- Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **/**.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

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 Nr 52, poz. 419 z późn. Zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel
 ***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisywać „nie ma zastosowania”

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

Imię i Nazwisko

I. Wywiad

Wiek (lata) wzrost (cm) masa ciała (kg) płeć K M

Zmiana masy ciała utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg) (%)

zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

zwiększenie

bez zmian

zmniejszenie

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

Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)

bez objawów Nudności Wymioty Biegunka Jadłowstręt

Wydolność fizyczna

bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)

rodzaj: praca w ograniczonym zakresie:

chodzi

leży

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 mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej

zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)

obrzęk nad kością krzyżową

obrzęk kostek

wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

prawidłowy stan odżywienia

podejrzanie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia

wyniszczenie

duże ryzyko

niedożywienia.....

podpis i pieczęć lekarza leczącego

podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

SKALA GLASGOW

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:.....

PESEL:

Ocenie podlega:

OTWIERANIE OCZU*				Zaznacz
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 ma 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 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			
				Zaburzenia przytomności
SUMA PUNKTÓW				
GCS:/15 */4 */5 */6				
				GCS 13-15-lagodne
				GCS 9-12-umiarkowane
				GCS 6-8-brak przytomności
				GCS 5-odkorowanie
				GCS 4-odmóżdzenie
				GCS 4-śmierć mózgowa

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: 3/4 + 4/5 + 5/6). Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia

Pacjent zakwalifikowany do żywienia dojelitowego.

.....

Podpis, pieczętka pielęgniarki

Podpis, pieczętka lekarza

.....

.....

Karta kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:		

Rozpoznanie (wg ICD - 10):													
1.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Ocena stanu odżywienia:</td> <td>NRS:</td> <td>BMI:</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach):</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">stężenie białka we krwi:g/l</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">stężenie albumin we krwi:g/l</td> </tr> </table>	Ocena stanu odżywienia:	NRS:	BMI:		% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach):			stężenie białka we krwi:g/l			stężenie albumin we krwi:g/l	
Ocena stanu odżywienia:	NRS:	BMI:											
	% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach):												
	stężenie białka we krwi:g/l												
	stężenie albumin we krwi:g/l												
2.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Wskazania do leczenia żywieniowego:</td> <td>Przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: dni</td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt <input type="checkbox"/> wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI < 17) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17 - 18) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni <input type="checkbox"/> zwiększony katabolizm <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 </td> </tr> </table>	Wskazania do leczenia żywieniowego:	Przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: dni		<input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt <input type="checkbox"/> wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI < 17) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17 - 18) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni <input type="checkbox"/> zwiększony katabolizm <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								
Wskazania do leczenia żywieniowego:	Przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: dni												
	<input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt <input type="checkbox"/> wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI < 17) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17 - 18) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni <input type="checkbox"/> zwiększony katabolizm <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												
3.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Cel leczenia żywieniowego:</td> <td> <input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań </td> </tr> </table>	Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań										
Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań												
4.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Droga podawania:</td> <td>skuteczne żywienie doustne: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</td> </tr> <tr> <td></td> <td>skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</td> </tr> </table>	Droga podawania:	skuteczne żywienie doustne: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie								
Droga podawania:	skuteczne żywienie doustne: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie												
	skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie												
5.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Dostęp:</td> <td> zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo - żołądkowy <input type="checkbox"/> nosowo - dwunastniczy <input type="checkbox"/> nosowo - jelitowy <input type="checkbox"/> przeszkoła endoskopowa gastrostomia (PEG) <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> inna przetoka Typ cewnika <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> tunelizacja <input type="checkbox"/> cewnik permanentny <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> żyły obwodowe </td> </tr> </table>	Dostęp:	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo - żołądkowy <input type="checkbox"/> nosowo - dwunastniczy <input type="checkbox"/> nosowo - jelitowy <input type="checkbox"/> przeszkoła endoskopowa gastrostomia (PEG) <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> inna przetoka Typ cewnika <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> tunelizacja <input type="checkbox"/> cewnik permanentny <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> żyły obwodowe										
Dostęp:	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo - żołądkowy <input type="checkbox"/> nosowo - dwunastniczy <input type="checkbox"/> nosowo - jelitowy <input type="checkbox"/> przeszkoła endoskopowa gastrostomia (PEG) <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> inna przetoka Typ cewnika <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> tunelizacja <input type="checkbox"/> cewnik permanentny <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> żyły obwodowe												
6.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):</td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> nie ma <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże </td> </tr> </table>	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):	<input type="checkbox"/> nie ma <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże										
Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):	<input type="checkbox"/> nie ma <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże												
7.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Dni leczenia żywieniowego:</td> <td> żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni </td> </tr> </table>	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni										
Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni												
8.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Wynik leczenia:</td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły </td> </tr> </table>	Wynik leczenia:	<input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły										
Wynik leczenia:	<input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły												
9.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Posiew krwi:</td> <td> w przypadku żywienia drogą żyły głównej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika: <input type="checkbox"/> wynik obecny <input type="checkbox"/> brak </td> </tr> </table>	Posiew krwi:	w przypadku żywienia drogą żyły głównej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika: <input type="checkbox"/> wynik obecny <input type="checkbox"/> brak										
Posiew krwi:	w przypadku żywienia drogą żyły głównej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika: <input type="checkbox"/> wynik obecny <input type="checkbox"/> brak												

.....
Pisząca i podpis lekarna lecząca

.....
Pisząca i podpis celnika Zespołu Leczenia Żywieniowego

2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

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

3. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		

.....
Data, podpis i pieczęć pielęgniarki

INFORMACJA DLA PACJENTA /RODZINY/ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O

PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

Imię i nazwisko pacjenta.....

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Dębnie zwany dalej „ZOL, Zakładem” działa na podstawie: Aktów prawnych, które regulują sposób i tryb kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, o wymaganej dokumentacji, sposobów ustalania odpłatności oraz zasad udzielania stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych:

- Do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy przyjmuje się osoby, które ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia a nie wymagają hospitalizacji, którzy w ocenie poziomu samodzielności skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej,
- Świadczeniobiorcę do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy przyjmuje się na podstawie wcześniej złożonej dokumentacji (można pobrać ją ze strony internetowej: BIP Szpital w Dębnie im. Świętej Teresy z Kalkuty Sp. z oo <http://bip.szpital.debno.pl/> lub bezpośrednio u kierownika ZOL.
- W dniu przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy obowiązkowe jest posiadanie przez pacjenta dowodu tożsamości, legitymacji ubezpieczeniowej lub innego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie.
- Pacjent może być wypisany z Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy na własne życzenie lub na prośbę osoby upoważnionej. Chęć zabrania pacjenta do domu należy zgłosić na 2-3 dni przed zaplanowanym wypisem.
- Informacje dotyczące stanu zdrowia osoby przebywającej w ZOL udzielane są wyłącznie przez lekarza prowadzącego, osobie uprawnionej (nie udzielamy informacji telefonicznie).
- W przypadku nieobecności lekarza sprawującego opiekę nad pacjentami Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy, opiekę nad pacjentami Zakładu przejmuje lekarz dyżurny oddziału wewnętrznego lub inny, wskazany przez kierownika oddziału wewnętrznego.
- Informacje dotyczące procesu pielęgnacyjnego udzielane są wyłącznie przez pielęgniarkę osobie uprawnionej (nie udzielamy informacji telefonicznie).
- Wszelkie czynności związane z opieką i pielęgnacją u pacjenta mogą być wykonywane przez rodzinę po uprzednim poinformowaniu o tym pielęgniarki na dyżurze.
- Odwiedziny pacjentów odbywają się we wszystkie dni tygodnia. Preferowane jest odwiedzanie pacjentów w godzinach od 12.00 do 19.00. Spowodowane jest to wykonywaniem czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych u pacjentów oraz czynnościami porządkowymi na terenie Zakładu.
- Zakład Opiekuńczo-Lecznicy nie ponosi odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone przez pacjenta rzeczy osobiste, ubrania, aparaty słuchowe, protezy zębowe biżuterię a także pieniądze pozostawione pacjentowi- nieoddane do depozytu.
- Na terenie Zakładu obowiązuje bezwzględny zakaz palenia papierosów i picia alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisania pacjenta.
- Pacjent może przebywać poza terenem Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy (na terenie Szpitala- w obrębie ogrodzenia) z osobą odwiedzającą po uprzednim uzgodnieniu z pielęgniarką pełniącą dyżur. Natomiast podczas posiłku i zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych powinien przebywać na terenie Zakładu.

•Zabrania się przynoszenia i podawania pacjentom pożywienia oraz dokarmiania innych chorych bez uzgodnienia z personelem Zakładu.

•Pacjent powinien posiadać zestaw toaletowy (przybory do higieny jamy ustnej, 2 gąbki, mydło w płynie, szampon do włosów, cążki do obcinania paznokci, przybory do golenia, chusteczki jednorazowe, dezodorant, oliwkę lub balsam do ciała), ręczniki, piżamę/ koszulę nocną. Wymienione powyżej przybory powinny być uzupełniane na bieżąco.

•Bieliznę osobistą-prywatną pacjenta można pozostawić do prania w Zakładzie, (po uprzednim podpisaniu jej przez rodzinę), przy czym Zakład nie odpowiada za stan bielizny wracającej z pralni. Pacjent pokrywa miesięczny koszt prania w wysokości 145.00 zł brutto.

•Zakład nie wyraża zgody na dodatkowe usługi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zlecona przez lekarz prowadzącego.

•Za ewentualne zniszczenia przedmiotów rzeczy będących własnością Szpitala w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o.o. przez pacjenta odpowiedzialność finansową ponosi sam pacjent/rodzina.

Nr kontaktowe: Szpital w Dębnie im. Św. Matki Teresy z Kalkuty 957602063 do 65

- Kierownik ZOL – 957602063 do 65 wew. 353
- Dyżurka pielęgniarek parter - 957602063 do 65 wew 351
- Dyżurka pielęgniarek I piętro/ Pielęgniarka koordynująca - 957602063 do 65 wew 352
- Lekarz prowadzący – 957602063 do 65
- Rzecznik Praw Pacjenta - 95 760 2063 - 65 wew. 361
- Sekretariat Szpitala - 957602733
- Dyrektor do Spraw Lecznictwa – 957602063

Szczegółowe informacje są dostępne w **REGULAMINIE ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

.....
(podpis czytelny pacjenta lub rodziny)

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO W DĘBNIE**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres Zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres)

.....
(nr dowodu osobistego, PESEL)

PEŁNOMOCNICTWO

Stosownie do dyspozycji wynikającej z art. 32 i 33 § 1 i 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 (Dz. U. Z 2000 Nr 98, poz. 1071 ze zm.) Kodeks postępowania administracyjnego, niniejszym

udzielam pełnomocnictwa

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika i stopień pokrewieństwa)

.....
(adres)

.....
(nr dowodu osobistego, PESEL)

do reprezentowania mnie przed organami administracji publicznej w sprawie dot. skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego, Szpitalu w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o.o. jak również do odbioru świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłków itp. oraz wszelkich pism i korespondencji oraz do składania wszelkich wniosków i oświadczeń, które w zakresie udzielonego pełnomocnictwa okażą się niezbędne.

Jednocześnie oświadczam, że niniejsze pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas nieokreślony, a jego odwołanie może nastąpić bez podania przyczyny w każdym czasie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pacjenta)

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
(imię i nazwisko osoby odbierającej)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym przy Szpitalu w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o.o. w terminie wskazanym przez Zakład.

W przypadku nie wykonania tego obowiązku zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z nadterminowym pobytom pacjentki/a.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym Szpital w Dębnie Sp. z o. o. jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta ilości punktów w ocenie w/g skali opartej na Skali Barthel oraz o tym, że jeżeli ta punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez ZOW NFZ w Szczecinie, a pacjent zostanie wypisany z ZOL w Dębnie.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

....., dnia

(imię i nazwisko pacjenta)

.....

(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym przy Szpitalu w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o.o. przez właściwy organ emerytalno- rentowy z mojego świadczenia.

Pozostałą kwotę mojego świadczenia i korespondencję proszę przesyłać na wskazaną osobę i podany poniżej adres:

.....

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

Opłata naliczana będzie zgodnie z art. 18 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027) oraz § 8 pkt.3, ppkt.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r.- (Dz.U. z 2012r. poz.731) Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

.....

(podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika)

.....
(adres zamieszkania)
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zobowiązuję się do:

1. opłacenia rachunku(ów) za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym przy Szpitalu w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o.o. za okres od dnia przyjęcia do Zakładu do dnia poprzedzającego przejęcie płatności przez właściwy organ emerytalno – rentowy.
Płatności, o których mowa wyżej, dokonywać będę bezpośrednio w kasie Szpitala bądź przelewem na konto Zakładu.
2. w przypadku nieuregulowania należności w terminie wskazanym w fakturze nastąpi cofnięcie decyzji wydanej na pobyt pacjenta w zakładzie oraz dochodzenie zapłaty na drodze postępowania sądowego.
3. niezwłocznego – osobistego lub przez ustanowionego pełnomocnika - informowania kierownika ZOL o każdej zmianie decyzji emerytalno - rentowej.

Uwaga:

Opłata naliczana będzie zgodnie z art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tekst jedn. Dz. U. Z 2008 r. Nr 164, poz. 1027) oraz Rozporządzenia M.Z. z dnia 25.06.2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. nr 12, poz.731) Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej

.....
(podpis pełnomocnika)

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

W sytuacji, gdy rodzina sama chce opłacać pobyt pacjenta w ZOL należy wypełnić poniższe oświadczenie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika)

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zobowiązuję się do:

1. opłacenia rachunku(ów) za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym przy Szpitalu w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o.o. pobytu
Pana/i..... **zam.**

..... ,
PESEL:

2. Płatności, o których mowa wyżej, dokonywać będę bezpośrednio w kasie Szpitala bądź przelewem na konto Zakładu.

3. w przypadku nieuregulowania należności w terminie wskazanym w fakturze nastąpi cofnięcie decyzji wydanej na pobyt pacjenta w zakładzie oraz dochodzenie zapłaty na drodze postępowania sądowego.

4. niezwłocznego – osobistego informowania kierownika ZOL o każdej zmianie decyzji dotyczącej płatności.

.....
(podpis pełnomocnika)

Uwaga:

Opłata naliczana będzie zgodnie z Zarządzeniem Wewnętrznym Nr SP ZOZ.II./40/10/2013 Prezesa Szpitala w Dębnie Sp. z o.o. z dnia 17 października 2013r.

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika)

..... dnia

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego w Dębnie o wszelkich zmianach zaistniałych w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Dębnie, w szczególności o pobycie w innym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Ośrodka Pomocy Społecznej, rezygnacji z umieszczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym, prośbie o umieszczenie w późniejszym terminie czy też zgonie.
- Zostałem/am poinformowany/a o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z pobytem w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym (zgodnie z art. 75 ust.4 z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych tj. Dz. U. z 2004 r. Nr 162, poz. 1118 z późniejszymi zmianami). „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym lub w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje”.
- Zobowiązuję się do poinformowania właściwy organ emerytalno-rentowy o pobycie w Zakładzie.
- Zobowiązuję się do dołączenia do wniosku aktualnej waloryzacji renty/emerytury oraz kserokopii dowodu osobistego pacjenta/ki.

.....
(podpis pełnomocnika)

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....dnia
(imię i nazwisko pełnomocnika)

.....
(adres zamieszkania)

.....

**ZOBOWIĄZANIE DO PONOSZENIA OPŁATY
ZA PRANIE MIESIĘCZNE W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM SZPI-
TALA W DĘBNIE SP. Z O.O.**

Zobowiązuję się do ponoszenia opłaty miesięcznej za pranie
odzieży osobistej pacjenta w kwocie 145 zł brutto, (słownie: sto czterdzieści pięć złotych
00/100) pacjenta w Zakładzie
Opiekuńczo Leczniczym przy Szpitalu w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z
o.o.
(Uchwała nr.1\2024 Zarządu Szpitala w Dębnie Sp.z o.o z dnia 01 lutego 2024 r. w sprawie zmian w Regulami-
nie Organizacyjnym)

.....
(czytelny podpis pełnomocnika)

1. W przypadku nie wyrażenia zgody na opłatę za pranie odzieży osobistej pacjenta zobowią-
zuję się do odbierania brudnej odzieży i dostarczania czystej nie rzadziej niż jeden raz w tygo-
dniu.

2. W sytuacji nie odebrania brudnej odzieży automatycznie zostanie pobierana opłata za pra-
nie, a odzież zostanie oddana do pralni.

.....
(czytelny podpis pełnomocnika)

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....
(PESEL)

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na umieszczenie mojego imienia i nazwiska przy łóżku chorego.

.....
(podpis pacjenta)

Uprzejmie proszę przed przyjęciem pacjenta do ZOL-u o podpisanie przez pacjenta/ pełnomocnika
Karty zgody pacjenta na postępowanie medyczne w części 2 i 3 .

KARTA ZGODY PACJENTA NA POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta:

Oddział

Wyrażam zgodę na **umieszczenie swoich danych osobowych** (imienia i nazwiska) w wyznaczonych miejscach identyfikacji, takich jak:

- tablica ruchu chorych, - identyfikator przyłożkowy, - karta gorączkowa, -inne:..... Data:

.....
Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

Wyrażam zgodę na poniższe **procedury medyczne:**

1)wkłucie dożylnie 2)pobieranie krwi do badań 3)podawanie leków doustnych 4)podawanie leków dożylnie i domięśniowo 5)przetaczanie dożylnie płynów 6)podawanie leków doodbytniczo 7)założenie cewnika dopęcherzowego 8)założenie sondy dożołądkowej 9) Inne

Data:.....
Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

Wyrażam zgodę na poniższe **zabiegi diagnostyczno-lecznicze:**

*(osobnej zgody wymagają: gastroskopia, rektoskopia, kolonoskopia, punkcja lędźwiowa, punkcja opłucnej, punkcja otrzewnej, punkcja jamy stawowej kardiowersja w znieczuleniu ogólnym, badanie radiologiczne z podaniem dożylnego środka kontrastowego)

- gastroskopia- (data:..... podpis:

.....)

- PEG - (data:..... podpis:

rektoskopia - (data:..... podpis:

.....)

- kolonoskopia - (data:..... podpis:

- punkcja lędźwiowa - (data:..... podpis:

- punkcja opłucnej - (data:..... podpis:

- punkcja jamy stawowej - (data:..... podpis:

- punkcja jamy otrzewnej - (data:..... podpis:

..... - (data:..... podpis:

..... - (data:..... podpis:

..... - (data:..... podpis:

.....)

Wyrażam zgodę na **toczenie krwi i preparatów krwiopochodnych:**

Data:.....

Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

Wyrażam zgodę na proponowane **leczenie operacyjne:**

Data:.....

Podpis pacjenta/pełnomocnika:.....

Data:.....

Podpis pacjenta/pełnomocnika:

*Poinformowano mnie o wskazaniach do operacji, zakresie operacji, sposobie postępowania przedoperacyjnego i pooperacyjnego oraz o korzyściach i potencjalnym ryzyku związanym z takim sposobem leczenia. Zdaję sobie sprawę, że postępowanie operacyjne wiąże się z ryzykiem możliwych powikłań, o których jestem poinformowany/a.

Uwagi pacjenta:..... Podpis i pieczęć lekarza