

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY
NIESAMODZIELNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ O CAŁODOBOWY OŚRODEK
OPIEKI ZASTĘPCZEJ**

(wypełnia lekarz POZ)

.....
Imię i Nazwisko, Pesel

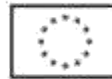
.....
Adres zamieszkania

ZLECENIE NA TRANSPORT TAK / NIE

Uzasadnienie:

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza oraz pieczęć



Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby niesamodzielnej ubiegającej się o całodobowy ośrodek opieki zastępczej

1. Rozpoznanie lekarskie choroby zasadniczej

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

2. Choroby współistniejące - Uszkodzenia innych narządów i układów

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

3. Alergie: /pokarmowa, kontaktowa, wziewna/ Wyszczególnić na co ON jest uczulona

.....
.....

4. Przebyte choroby zakaźne

WZW A	TAK/NIE	AIDS	TAK/NIE
WZW B	TAK/NIE	GRUŻLICA	TAK/NIE
WZW C	TAK/NIE	CH. WENERYCZNE	TAK/NIE
WZW D	TAK/NIE		
WZW E	TAK/NIE		

Inne (jakie?)

5. Stan psychiczny (istniejące choroby psychiczne, stopień zaawansowania)

.....
.....

6. Stan skóry: (łuszczyca, atopowe zapalenie, rany, owrzodzenia żyłne, odleżyny)

.....
.....

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny (okulary, aparat słuchowy, proteza, kule, balkonik laska, wózek inwalidzki i inne)

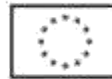
.....
.....

8. Wydolność układu moczowego (osoba wymagająca cewnikowania, zakładania pampersów itp.)

.....
.....

9. Wydolność układu pokarmowego i wydalniczego (karmienie przez sondę, stomia, żywienie pozajelitowe itp.)

.....
.....



10. Ocena układu neurologicznego (Stan po udarze mózgu, stopień niepełnosprawności, rodzaje afazji, demencja, choroba Alzheimera - jej etap, Epilepsja - częstotliwość, nasilenie, data ostatniego ataku, itp.)

.....
.....

11. Wydolność układu oddechowego

- POCHP TAK/NIE
- astma oskrzelowa TAK/NIE
- tlenoterapia TAK/NIE
- odsysanie TAK/NIE
- inne

12. Ocena układu krwionośnego i sercowo-naczyniowego

- migotanie przedsionków TAK/NIE
- zawał TAK/NIE
- rozrusznik serca TAK/NIE
- inne.....

ocena wydolności serca według MNYHA

.....

ocena choroby niedokrwiennej serca CCS

.....

13. Wskazania dietetyczne: (Dieta normalna / cukrzycowa / wątrobowa / niskobłonnikowa/ lekkostrawna)

.....
.....

14. Obecność choroby nowotworowej (czego), stadium zaawansowania

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

15. Nałogi

- palenie papierosów TAK/NIE
- nadużywanie alkoholu TAK/NIE
- uzależnienia od leków TAK/NIE

inne.....

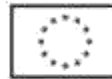
16. Wykonywane ćwiczenia rehabilitacyjne jako kontynuacja zleceń

Rodzaj ćwiczeń	Częstotliwość

Środki farmakologiczne przyjmowane na stałe i doraźnie – na podstawie recepty

Uwaga!!! Tabelkę wypełnia lekarz, czytelnie drukowanymi literami (nazwę leku, dawkowanie, drogę podania, częstotliwość). Autoryzacja pod tabelką.

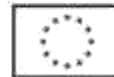
Lp.	Nazwa leku	Dawkowanie (0-0-0)	Droga podania



Środki farmakologiczne regularnie przyjmowane – bez recepty

LP	Nazwa leku	Dawkowanie (0-0-0)	Droga podania

.....
Data, pieczęć i czytelny podpis lekarza POZ oraz pieczęć Podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia Zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie



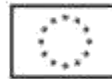
KARTA OCENY STANU OSOBY WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

wystawiana celem potwierdzenia spełnienia kryterium kwalifikującego do udziału w projekcie pt. „Wsparcie opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych” współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM 2014-2020.

Nazwisko i imię osoby niesamodzielnej.....

Wiek PESEL

Lp.	Nazwa czynności	Pkt.
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 (łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie) 0= nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5= większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15= samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0= zależny 5= niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0= zależny 5= częściowo potrzebuje pomocy 10= niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0= zależny 5=niezależny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0= nie porusza się lub może pokonać odległość<50m 5= niezależny poruszający się na wózku 10= spaceruje z pomocą jednej osoby, na odległość> 50m 14= niezależny(ale może potrzebować pomocy np. laski) , na odległości>50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest samodzielny 5= potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) 10= samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0= zależny 5= potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu 0=nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonywanie lewatywy) 5= przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/ zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu 10= kontroluje oddawanie moczu.	



Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu osoby do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data, pieczęć i czytelny podpis lekarza POZ lub pielęgniarki środowiskowej
oraz pieczęć podmiotu leczniczego w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia z
zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie