KONTAKT W SPRAWIE PRZYJĘCIA

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
telefon

Szpital Powiatowy w Pyrzycach
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
ul. Jana Pawła II 2
74-200 Pyrzyce

WNIOSEK

o przyjęcie do zakładu

Zwracam się o przyjęcie .....

zamieszkały/a.....

PESEL .....

do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego w Pyrzycach na okres .....

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu
lub jej ustawowego opiekuna

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA

DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W PYRZYCACH

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

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

....

Miejscowość, data Podpis świadczeniobiorcy

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

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 właściwie, 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 tracheotomijnej

.....

☐ inne niewymienione.....

c) oddawanie moczu

- samodzielny / przy pomocy/ utrudnienia*

☐ cewnik

☐ inne niewymienione.....

d) oddawanie stolca

- samodzielny / przy pomocy/ utrudnienia*

☐ pielęgnacja stomii .....

☐ wykonywanie lewatyw 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

- samodzielny / przy pomocy/ utrudnienia*

☐ 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

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 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 419, z poź. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.
*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „ nie ma zastosowania"

.....
Pieczątka jednostki

SKIEROWANIE

DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO*

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
Numer telefonu do kontaktu

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

.....
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 i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i 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, na wniosek świadczeniobiorcy

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/ PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM[1]

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[2]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

L.p.	Czynność [3]	Wynik [4]
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 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** - 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 < 50 m **5** - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m **10** - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m **15** - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	**Wchodzenie i schodzenie po schodach:** **0** - nie jest w stanie **5** - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie **10** - samodzielny	
8	**Ubieranie się i rozbieranie:** **0** - zależny **5** - potrzebuje 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	
	Wyniki kwalifikacji[5]	

.....

data, pieczęć, **podpis pielęgniarki** ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:
Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[1] skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym[1]

.....

.....

data, pieczęć, **podpis lekarza** ubezpieczenia zdrowotnego
lbo 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.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
[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.

SKALA GLASGOW

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania .....

PESEL: .....

Ocenie podlega:

OTWIERANIE OCZU*		Zaznacz ✓
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 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, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)	
2 punkty	patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdżenie (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	

SUMA PUNKTÓW				**Zaburzenia przytomności**	
				GCS 13-15 - łagodne	
				GCS 9-12 - umiarkowane	
				GCS 6-8–brak przytomności	
				GCS 5 – odkorowanie	
GCS: ..... / 15	* ..... /4	* ..... /5	* ..... /6	GCS 4 – odmóżdżenie	
				GCS 3 – 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 12: 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, pieczątka pielęgniarki

..... podpis, pieczątka lekarza

Załącznik nr 6a do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r.

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Pacjent:

Imię, nazwisko.....

PESEL .....

nr historii choroby.....

1. **Ocena stanu odżywienia:** 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
2. **Wskazania do leczenia żywieniowego:**
   przewidywany okres głodzenia okołooperacyjnego: .....dni
   wskazania do leczenia żywieniowego:

☐ okres okołooperacyjny 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 (re-feeding syndrome):**
   ☐ nie ma ☐ małe ☐ duże
7. **Wynik leczenia:** dobry ☐ zły ☐
8. **Posiew krwi**
   w przypadku żywienia drogą żyły głównej górnej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika:
   ☐ wynik obecny ☐ brak

.....

podpis i pieczęć lekarza leczącego podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIANIA (NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS)

Pacjent:

Nazwisko i imię .....PESEL.....Nr historii choroby.....

Pogorszenie stanu odżywiania		**Nasilenie choroby(zwiększone zapotrzebowanie)**	
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 3 miesięcy lub spożycie pokarmu 50–75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) – marskość wątroby, POChP radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5 – 20,5 + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 25–50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	rozległe operacje brzuszne udar mózgu chorzy w wieku podeszłym– leczenie przewlekłe pooperacyjna niewydolność nerek chemoterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 1 miesiąca lub BMI < 18,5 + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 0–25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	uraz głowy przeszczep szpiku chory w oddziale intensywnej terapii
Nasilenie:		Nasilenie	Suma punktów
Wynik: ≥ 3 – wskazane leczenie żywieniowe < 3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień			

.....
Podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczania na rachunek bankowy Szpitala Powiatowego w Pyrzycach nr **19 2030 0045 1110 0000 0222 2130** (BGŻ o/ Pyrzyce) opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie za okres mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Pyrzycach, naliczanej zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

1.*potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie z otrzymanej emerytury / renty przyznanej przez .....

nr świadczenia.....

2.*odbiór przyznanego zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej przez Szpital Powiatowy w Pyrzycach w Pyrzycach.

3.* Dokonywania opłat za pobyt w ZOL do dnia otrzymania przez Szpital pierwszej wpłaty dokonanej przez organ emerytalno - rentowy.

Ponadto

a) zobowiązuję się do uiszczania opłat za pobyt w zakładzie do ostatniego dnia roboczego każdego miesiąca za dany miesiąc (tj.: np.: należy zapłacić za miesiąc wrzesień do końca września),

b) **pierwszej wpłaty za pobyt zobowiązuję się dokonać w dniu przyjęcia do zakładu**.

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu
lub jej ustawowego opiekuna

*) niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
imię i nazwisko osoby odbierającej

.....
adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuje się do zapewnienia opieki dla:

.....
imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Pyrzycach.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Pyrzycach jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według skali Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez ZOW NFZ w Szczecinie, a pacjent zostaje wypisany z ZOL Pyrzyce.

.....
czytelny podpis

.....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany* oświadczam, iż:

1. zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Pyrzycach o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Pyrzycach, szczególnie o pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodku pomocy społecznej, rezygnacji z umieszczenia w ZOL-u, ewentualnie prośbie o umieszczeniu w zakładzie w terminie późniejszym, czy też zgonie.

2. zostałam/zostałem* poinformowana / poinformowany* o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z przebywaniem w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym zgodnie z art. 75 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2004 r. Nr 162, poz. 1118 z późn. zm.) „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje (...)".

Zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie organ emerytalno-rentowy.

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu
lub jej ustawowego opiekuna

*niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość, data

.....
nazwisko i imię

.....
adres

.....

OŚWIADCZENIE

Upoważniam do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, oraz do otrzymania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci:

Imię i nazwisko.....

Adres wraz z kodem pocztowym.....

.....

Numer telefonu:.....

nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*.

---
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu lub jej ustawowego opiekuna

*niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość, data

.....
nazwisko i imię

.....
adres

.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych przez Szpital Powiatowy w Pyrzycach a dotyczących pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Pyrzycach.

.....
podpis pacjenta

.....
miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko osoby wpłacającej

.....
adres

.....

.....
nr dowodu osobistego

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zobowiązuję się do odbierania świadczenia

Pana/i .....
imię i nazwisko pacjenta

oraz zobowiązuję się do pokrywania kosztów pobytu w zakładzie naliczanych zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **do ostatniego dnia roboczego każdego miesiąca za dany miesiąc** (tj.: np.: należy zapłacić za miesiąc wrzesień do końca września). Jednocześnie informuję, że jestem upoważniony do odbioru nadwyżki wynikającej z rozliczeń finansowych dotyczących przebywania w/w osoby w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym.

.....
czytelny podpis

DANE PACJENTA

(zgodne z dowodem osobistym)

IMIĘ/IMIONA : .....

NAZWISKO: .....

NAZWISKO RODOWE: .....

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DATA URODZENIA: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

dzień mies. rok

MIEJSCE URODZENIA: .....

Proszę o czytelne wypełnienie pismem drukowanym. W dniu przyjęcia należy mieć ze sobą dowód osobisty pacjenta, celem sprawdzenia zgodności danych znajdujących się powyżej.

.....
miejscowość, data

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że moim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest:

.....

Nazwa i adres przychodni.....

.....

Pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej jest:

.....

Nazwa i adres.....

.....

.....
podpis osoby ubiegającej się przyjęcie do zakładu

<u>Załączniki do wniosku:</u>

1. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu(aktualna decyzja ZUS/KRUS/MOPS/MOPR).
2. Ksero legitymacji emeryta/rencisty.
3. Dokumentację medyczną pacjenta (wypis ze szpitala, informacje o przebytych chorobach, itp.).

Proszę pamiętać, żeby wszędzie były podpisy, pieczątki i daty.