

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość , data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 zagłębnik.....
- Karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem.....
- Zakładanie zagłębnika.....
- Inne niewymienione.....

b) **Higiena ciała**

- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

- W przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki traheostomijnej.....
- 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**
- Odleżyny
 - Rany cukrzycowe
 - Inne niewymienione
- g) Oddychanie wspomagane.....**
- h) Świadomość pacjenta: tak / nie / z przerwami ***
- i) Inne**
- 3. Liczba punktów 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 opiekuńczego – leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie*.

.....
Miejscowość , data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

.....
*niepotrzebne skreślić

** w przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. 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 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** w przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać „nie ma zastosowania”

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO*

Niniejszym kieruję:

.....
/Imię i nazwisko świadczeniobiorcy/

.....
/adres zamieszkania świadczeniobiorcy/

.....
/adres do korespondencji/

.....
/nr tel. kontaktowego/

.....
/nr PESEL, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy/

.....
/rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza, współistniejące)

.....
/dotychczasowe leczenie/

Potrzeba dotychczasowego leczenia (TAK/NIE)

.....
/liczba punktów w skali BARTHEL/

Przypadek nagły wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniający stan zdrowia TAK/NIE *

.....
/lekarz POZ świadczeniobiorcy, imię, nazwisko, tel. do kontaktu/

.....
/pielęgniarka POZ świadczeniobiorcy, imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu.

.....
/miejsowość data/

.....
/podpis lekarza pieczęć podmiotu leczniczego/

*niepotrzebne skreślić

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/ PRZEBYWAJĄCYM W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM ¹⁾

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp	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.	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 i kąpiel całego ciała: 0- zależny 5- niezależny pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0- nie porusza się, lub <50m 5- niezależny na wózku; wliczają się zakręty >50m 10- spacerzy z 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.	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 kwalifikacji ⁵⁾		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu
opiekuńczo-leczniczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym¹⁾

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

.....
Data , pieczęć podpis LEARZA ubezpieczenia
zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego⁶⁾

.....
Data, pieczęć podpis PIEŁĘGNIARKI ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego⁶⁾

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel” Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń do 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 z Lp. 1-10

⁶⁾ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy , wg Skali Barthel , przebywającego w zakładzie opiekuńczym



Załącznik nr 5
do Regulaminu Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
dla Wentylowanych Mechanicznie MCM sp. z o. o

KARTA KWALIFIKACJI PACJENTÓW DO PRZEWLEKŁEJ WENTYLACJI W WARUNKACH STACJONARNYCH

Nazwisko i imię pacjenta Pesel

Rozpoznanie:

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

Kod ICD – 10

.....

Obecne miejsce leczenia

.....

Data rozpoczęcia leczenia

.....

I. Pacjent spełnia niezbędne kryteria kwalifikacyjne do pobytu i leczenia w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym dla Wentylowanych Mechanicznie:

1. Pacjent przewlekle wentylowany niezdolny do samodzielnego oddychania
2. W trakcie leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii zostały ustalone tryby i parametry wentylacji, parametry wymiany gazowej cechują się stabilnością
3. Pacjent wentylowany inwazyjnie przez tracheotomię, stosowana wentylacja konwencjonalna przy $FiO_2 < 0,4$
4. Pacjent stabilny krążeniowo, nie wymaga podaży amin katecholowych
5. Pacjent nie wymaga stosowania technik nerkozastępczych
6. Pacjent przy braku możliwości prowadzenia żywienia drogą doustną ma założoną sondę żywieniową/gastrostomię odżywczą
7. W chwili przekazywania do ZOL dla Wentylowanych Mechanicznie, pacjent nie wykazuje czynnego zakażenia
8. Odleżyny powyżej III stopnia opracowane chirurgicznie
9. W chwili obecnej nie wymaga leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii

II. Zalecenia:

1. Dotychczasowa wentylacja:

TRYB		
PEEP		
FiO ₂		

2. Rozmiar rurki tracheotomijnej

3. Data założenia/wymiany rurki tracheotomijnej

4. Data założenia cewnika Foleya

5. Data założenia wkłucia centralnego/obwodowego

III. Leczenie farmakologiczne

IV. Stosowana dieta

V. Ostatnie wyniki laboratoryjne:

CRP	
Morfologia	
Kreatynina	
Elektrolity	

VI. Aktualne wyniki posiewów mikrobiologicznych

VII. Inne: Uwagi i zalecenia

VIII. Kontakt z ośrodkiem kierującym:

nr telefonu e-mail

.....
Data

.....
Podpis lekarza kierującego

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta.....PESEL.....wiek.....

Data badania: dzień:miesiąc:rok:

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza leczącego

.....
pieczętka i podpis
członka Zespołu Leczenia Żywieniowego

SKALA GLASGOW

Lp.	Ocenie podlega:	Wynik
1.	<ul style="list-style-type: none"> • Otwieranie oczu <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 punkty - spontanicznie ○ 3 punkty - na polecenie ○ 2 punkty - na bodźce ruchowe ○ 1 punkt - nie otwiera oczu 	
2.	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt słowny <ul style="list-style-type: none"> ○ 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby ○ 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent dezorientowany ○ 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk ○ 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie ○ 1 punkt – bez reakcji 	
3.	<ul style="list-style-type: none"> • Reakcja ruchowa <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 stanach kończyn dolnych) ○ 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmrożenie (odwiedzenie i obrót ramion od wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) ○ 1 punkt – bez reakcji 	
4.	Łączna suma punktów:	
5.	<p>Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3-15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5+6).</p> <p>Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na :</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS 13-15 łagodne • GCS 9-12 umiarkowane • GCS 6-8 brak przytomności • GCS 5 odkorowanie • GCS 4 odmóżdzenie • GCS 3 śmierć mózgowa <p>Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia</p>	

.....
Data i podpis LEKARZA ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza
zakładu opiekuńczo-leczniczego