



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

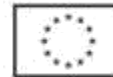
**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY NIESAMODZIELNEJ
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O USŁUGĘ OPIEKI ZASTĘPCZEJ W ŚRODOWISKU**

(WYPEŁNIA OPIEKUN NIEFORMALNY)

.....
Imię i Nazwisko, Pesel (osoby niesamodzielnej)

.....
Adres zamieszkania (osoby niesamodzielnej)

.....
Miejscowość, data



Zaświadczenie o stanie zdrowia osoby niesamodzielnej ubiegającej się o opiekę zastępczą w środowisku .

1.Schorzenia zasadnicze

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

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)

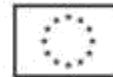
.....
.....
.....

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.)

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



Ankieta dotycząca stanu zdrowia osoby niesamodzielnej

SPOŻYWANIE POSIŁKÓW

osoba nie jest w stanie samodzielnie jeść (wymaga karmienia, spożywa jedzenie przez łyżeczkę)

osoba nie jest w stanie samodzielnie jeść (wymaga karmienia, spożywa jedzenie przez strzykawkę)

osoba nie jest w stanie samodzielnie jeść (wymaga karmienia, odkrywania skórek przy chlebie, miksowania jedzenia)

osoba potrzebuje pomocy w przygotowaniu posiłków ale jest w stanie samodzielnie je spożywać

osoba wykonuje wszystkie czynności związane z spożywaniem posiłków samodzielnie

PRZEMIESZCZANIE SIĘ

osoba niesamodzielna jest leżąca (siada na łóżku)

osoba nie jest zachowuje równowagi przy siadaniu

osoba z pomocą osoby drugiej siada, pokonuje krótkie dystanse

osoba przemieszcza się samodzielnie

UTRZYMANIE HIGIENY OSOBISTEJ

osoba całkowicie zależna w czynnościach higienicznych od innych osób

osoba niezależna w czynnościach higienicznych od innych osób

KORZYSTANIE Z TOALETY

osoba wymaga całkowitej pomocy w przemieszczaniu się do toalety

osoba niezależna w zdejmowaniu zakładaniu, ubieraniu się, utrzymywaniu higieny osobistej

MYCIE, KĄPIEL CAŁEGO CIAŁA

osoba wymaga całkowitej pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych

osoba niesamodzielna wymaga pomocy, asysty, poinstruowania w wykonywaniu czynności higienicznych

osoba jest niezależna w czynnościach higienicznych

PORUSZANIE SIĘ POWIERZCHNIACH PŁASKICH

osoba niesamodzielna nie porusza się samodzielnie

osoba nie porusza się lub nie może pokonać odległości <50 m

osoba porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego

osoba porusza się z pomocą jednej osoby na odległość > 50 m

osoba porusza się samodzielnie (ale może potrzebować np. laski) na odległość > 50m

WCHODZENIE I SCHODZENIE PO SCHODACH

- osoba nie jest samodzielna
- osoba wymaga pomocy osoby drugiej
- osoba nie wymaga pomocy

UBIERANIE I ROZBIERANIE SIĘ

- osoba jest zależna od osób drugih
- osoba potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy
- osoba niesamodzielna nie wymaga pomocy

KONTROLOWANIE STOLCA/ZWIERACZA ODBYTU

- osoba nie panuje nad oddawaniem stolca
- zdarza się przypadkowe bezwiedne oddawanie stolca
- osoba kontroluje oddawanie stolca

KONTROLOWANIE MOCZU/ ZWIERACZA PĘCHERZA MOCZOWEGO

- osoba nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik
- zdarzają się przypadkowe bezwiedne oddawanie moczu
- osoba kontroluje oddawanie moczu

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
PODPIS OPIEKUNA NIEFORMALNEGO