



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

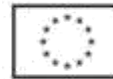
.....  
Adres zamieszkania

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	COVID-19	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)

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

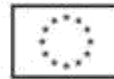
### 7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny (okulary, aparat słuchowy, proteza, kule, balkonik laska, wózek inwalidzki i inne)

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

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

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





### 15. Nałogi

palenie papierosów TAK/NIE

nadużywanie alkoholu TAK/NIE

uzależnienia od leków TAK/NIE

inne.....

### 16. Czy osoba niesamodzielna została zaszczepiona przeciwko COVID-19?

**TAK/ NIE**

I dawka(data).....

II dawka(data).....

### 17. Wykonywane ćwiczenia rehabilitacyjne jako kontynuacja zleceń

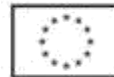
Rodzaj ćwiczeń	Częstotliwość

### Środki farmakologiczne regularnie przyjmowane – bez recepty

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

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





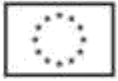
## KARTA OCENY STANU OSOBY WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

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.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10=samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się (łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie)</b> 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.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0= zależny 5= niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0= zależny 5= częściowo potrzebuje pomocy 10= niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0= zależny 5=niezależny	
6.	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 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.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest samodzielny 5= potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0= zależny 5= potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu</b> 0=nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonywanie lewatywy) 5= przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/ zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu 10= kontroluje oddawanie moczu.	
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny)</b>		



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