

Subregionalne Centrum Wsparcia
Opiekunów Nieformalnych Osób
Niesamodzielnych
BEZPIECZNA PRZYSTAŃ



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
OSOBY NIESAMODZIELNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ O
POBYT W CAŁODOBOWYM OŚRODKU OPIEKI ZASTĘPCZEJ**

Imię i Nazwisko.....

Pesel.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie lekarskie choroby zasadniczej

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

2. Choroby współistniejące - Uszkodzenia innych narządów i układów

.....
.....

3. Alergie, uczulenia /pokarmowa, kontaktowa, wziewna/

.....

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.)

.....

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 uzależnienia od leków TAK/NIE

inne..... nadużywanie alkoholu TAK/NIE

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

TAK/ NIE

I dawka(data)..... II dawka(data).....

17. Skłonność do upadków (wystąpienie w ciągu ostatniego roku), zaburzenia

równowagi.....

18. Zaburzenia snu (TAK/ NIE)

Jakiego rodzaju.....

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

.....

Data, pieczęć, podpis lekarza

Środki farmakologiczne regularnie przyjmowane – bez recepty – wypełnia lekarz lub opiekun nieformalny. Autoryzacja pod tabelką

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

.....

Data, pieczęć, podpis lekarza lub data i podpis opiekuna nieformalnego

KARTA OCENY STANU OSOBY WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

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 15= 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.	
Łączna liczba punktów (wynik oceny)		

Podpis osoby wypełniającej kartę oceny – lekarza lub pielęgniarki

Dodatkowe informacje.....