Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 stycznia 2012 r. (poz. ....)

Załącznik nr 1

WZÓR

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

Załącznik nr 3

WZÓR

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)

.....

Nr telefonu do kontaktu

.....

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

.....

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, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, 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.

Załącznik nr 2

WZÓR

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 właściwe, 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 tracheostomijnej.....

□ 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 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 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania".

Na podstawie załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 23.12.2010r. (poz. 1719)

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 .....

(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.	**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** - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu **10** - panuje, utrzymuje mocz	
		Wynik kwalifikacji[5]	

.....

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego[6]

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
albo 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.