

WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO
DLA PACJENTÓW WENTYLOWACH MECHANICZNIE

Nazwisko i imię:

Stan cywilny:

PESEL:

Adres:

Nr telefonu:

Nazwisko i imię opiekuna prawnego

.....

Adres:

Nr telefonu:

Ja niżej podpisany(a) proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie i wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w Zakładzie tj. koszty wyżywienia i zakwaterowania regulowanych odrębnymi przepisami.

.....
(podpis składającego wniosek lub opiekuna prawnego)

Załączniki do wniosku:

- Skierowanie do Zakładu
- Karta kwalifikacji pacjenta przez lekarza anestezjologa,
- Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie,
- Skala Barthel wypełniona przez pielęgniarkę,
- Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.
W przypadku braku powyższego dokumentu (zaświadczenia) zobowiązanie osoby, która będzie ponosić odpłatność za pobyt w Zakładzie
- Orzeczenie o grupie inwalidzkiej lub niepełnosprawności,
- Zgoda na ponoszenie opłaty za pobyt w Zakładzie (Oświadczenie),
- Dokumentacja medyczna pacjenta (wypisy ze szpitala, informacje o przebytych chorobach).

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.

Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

I. Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji:

1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo – mięśniowych, OUN i płucnych.
2. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia.
3. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.
4. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.
5. Nie wymaga wysokich $FiO_2 = > 40\% O_2$.
6. Przy wentylacji przez tracheostomię, rana jest zagojona, wymiana rurki odbywa się bez trudności.
7. Przy współistniejących zaburzeniach połknięcia założona gastrostomia odżywcza.
8. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie.

II. Rozpoznanie:

--

KOD ICD-10

--

III. Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej: *

1. Zakończono i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia.
2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja.
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii.

IV. Zalecenia lekarskie:

1.	Do tej pory prowadzono wentylację:	
	TRYB	
	PEEP	
	FiO2	
	Inne parametry	
	Rozmiar rurki tracheotomijnej	
2.	Przyjmowane leki:	
3.	Sonda żołądkowa/gastrostomia:	
4.	Dieta:	
5.	Rehabilitacja:	
6.	Inne zalecenia/leczenie farmakologiczne:	

V. Aktualne wyniki posiewów mikrobiologicznych materiału pobranego z drzewa oskrzelowego:

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

VI. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:

- CRP.....
- Kreatynina i mocznik.....
- Morfologia.....
- Elektrolyty.....
- Gazometria.....
- ASPAT, ALAT.....

Nazwa jednostki kwalifikacyjnej

Podpis lekarza anesteziologa, data

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 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

ZASWIADCZENIE 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”.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

tożsamość

Lp.	Czynność ²⁾	Wartość punktowa ³⁾
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 – spaceruje 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 nie samodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ⁴⁾		

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki Zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

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

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza Zakładu opiekuńczego

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- 3) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.
- 4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany

.....
(nazwisko i imię)

Zamieszkały

.....
(adres)

Upoważniam

.....
(nazwisko, imię, nr telefonu , adres z kodem pocztowym)

Do uzyskania informacji i dokonania rozliczeń finansowych z tytułu mojego pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie oraz regulowania odpłatności za pobyt w wysokości 70% dochodu netto, opłata naliczana jest zgodnie z przepisami art.18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm) i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno opiekuńczych (Dz.U.2012.731). O wszelkich zmianach w wysokości uzyskiwanego dochodu Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie będzie niezwłocznie informowany.

.....
(data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)