Załącznik nr 1

do Procedur organizowania usług opiekuńczych

w OPS w Tuchowie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**KIEROWANE DO OPS CELEM PRZYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Imię i nazwisko pacjenta:

………………………………………………..…………….………………….. Wiek: ………..…… lat

Adres zamieszkania: ……………..…………………..………………………………………………………

Diagnoza ‒ rozpoznanie: ………………………………………………………………………………………..

……………………………………………..…………………….………….…..……………………………….

………………………………………………………………………………….…………………..……………

….…………………..……….…….……………………………………………..………………………………

Konieczność stosowania diety:

[ ] nie [ ] tak ‒ jakiej? …………………………………………………………………………………………

…….………….……………………………………………………………….……………………………….

Zdolność pacjenta do poruszania się:

|  |  |
| --- | --- |
| po mieszkaniu:  | w środowisku: |
| [ ] zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego | [ ] zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego |
| [ ] zdolny do poruszania się z pomocą innych osób  | [ ] zdolny do poruszania się z pomocą innych osób |
|  [ ] niezdolny do poruszania się  | [ ] niezdolny do poruszania się |
|  |  |

Zalecane czynności pielęgnacyjne:

[ ] układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała, [ ] opróżnianie cewnika,

[ ] podawanie leków, [ ] pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów, [ ] mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, [ ] oklepywanie, [ ] inhalacje.

Inne jakie? ....................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………..

Pieczęć i podpis lekarza:

|  |
| --- |
| Zgodnie art. 50 ust.5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej |
| **Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce** |
| **świadczenia.** |

Załącznik nr 3

do Procedur organizowania usług opiekuńczych

w OPS w Tuchowie

…………………………, dnia …………….

**Ankieta oceniająca zasadność przyznania pomocy w formie usług opiekuńczych /indywidualny zakres**

Imię i nazwisko osoby starszej: **…………………..…………………………………………………..………..………………………**

Adres zamieszkania: **…………………..…………………………………………………..………..…………………….**

Sytuacja rodzinna:

* osoba samotna/samotnie gospodarująca
* posiadająca rodzinę zamieszkałą oddzielnie
* zamieszkuje z rodziną

Zdolność do poruszania się:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| [ ] zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego |  |
| [ ] zdolny do poruszania się z pomocą innych osób  |  |
|  [ ] niezdolny do poruszania się  |  |
| **Zakres czynności** | **Wykonuje samodzielnie** | **Wymaga częściowej pomocy** | **Wymaga całkowitej opieki** | **Pomoc świadczy rodzina** |
| Czynności żywieniowe: |  |  |  |  |
| Przygotowywanie posiłków, lub produktów na pozostałą część dnia |  |  |  |  |
| Dostarczenie gotowych posiłków |  |  |  |  |
| Spożywanie posiłków |  |  |  |  |
| Inne: |  |  |  |  |
| Czynności gospodarcze: |  |  |  |  |
| Przynoszenie opału, palenie w piecu |  |  |  |  |
| Utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia |  |  |  |  |
| Utrzymanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych  |  |  |  |  |
| Pranie odzieży, bielizny osobistej, pościelowej |  |  |  |  |
| Robienie zakupów |  |  |  |  |
| Inne: |  |  |  |  |
| Czynności organizacyjne: |  |  |  |  |
| Ustalanie i/lub towarzyszenie podczas wizyt lekarskich i badań |  |  |  |  |
| Realizacja recept |  |  |  |  |
| Załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt |  |  |  |  |
| Pomoc w czynnościach regulowania opłat |  |  |  |  |
| Pomoc w organizacji czasu wolnego |  |  |  |  |
| Zgłaszania napraw urządzeń i instalacji |  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |  |
| Opieka higieniczna : |  |  |  |  |
| Mycie ciała, głowy |  |  |  |  |
| Czesanie, golenie, obcinanie paznokci |  |  |  |  |
| Pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych |  |  |  |  |
| Układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji |  |  |  |  |
| Zapobieganie powstawaniu odleżyn |  |  |  |  |
| Zmiana pieluch – majtek |  |  |  |  |
| Zmiana bielizny osobistej i pościelowej |  |  |  |  |
| Ubieranie  |  |  |  |  |
| Czynności pielęgnacyjne: |  |  |  |  |
| Podawanie leków |  |  |  |  |
| Oklepywanie, okłady, zmiana opatrunków |  |  |  |  |
| Mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru |  |  |  |  |
| Inne: |  |  |  |  |
| Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalnych, duchowych i rekreacyjnych |  |  |  |  |
| Organizowanie wyjść z miejsca zamieszkania – spacery |  |  |  |  |

\*Ankietę sporządza się na podstawie informacji uzyskanych od klienta i/lub członków rodziny. W przypadku braku możliwości zebrania danych od osób w/w pracownik socjalny ocenia sytuację na podstawie obserwacji.

……………………………………………………. …………………………………………………………

podpis osoby z którą przeprowadzono ankietę podpis pracownika socjalnego

Załącznik nr 2

do Procedur organizowania usług opiekuńczych

w OPS w Tuchowie

……………………………..……… ..................................., dnia …....………

 (imię i nazwisko) (miejscowość)

…………………………………….

 (adres)

………………...………………….

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za świadczone usługi opiekuńcze wg stawki określonej w Uchwałe NR XLI/321/2013 Rady Miejskiej w Tuchowie z dnia 30 grudnia 2013 roku w sprawie ustalenia szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz warunków częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat oraz trybu ich pobierania.

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

 //podpis /