

PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI PACJENTÓW KIEROWANYCH DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO (ZOL) W LEŻAJSKU

Podstawa prawna: art. 18 i 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest złożenie kompletu niezbędnych dokumentów:

I. KOMPLETNY WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZOL ZAWIERA:

1. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL, (**załącznik nr 1**). Wniosek wypełnia:
 - a) Osoba ubiegająca się o umieszczenie w zakładzie
 - b) Przedstawiciel ustawowy
2. Zaświadczenie lekarskie (**załącznik nr 2**) - wystawia lekarz POZ, lekarz specjalista lub lekarz prowadzący w szpitalu (o zakończeniu leczenia szpitalnego)
3. Skierowanie do ZOL w wersji elektronicznej lub w przypadku braku możliwości w wersji papierowej (**załącznik nr 3**)
4. Dokumentacja wypełniana przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną lub pielęgniarkę w szpitalu:
 - a) Wywiad pielęgniarski (**załącznik nr 2**)
 - b) Kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką w zakładach ZOL (wg zmodyfikowanej skali Barthel) - (**załącznik nr 4**)
5. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się do zakładu:
 - a) Kserokopia decyzji ZUS/KRUS ustalająca wysokość świadczenia
 - b) Ostatni odcinek renty lub emerytury
 - c) Inne zaświadczenia o dochodach
 - d) Oświadczenie zgody na ponoszenie częściowej odpłatności za pobyt w ZOL (**załącznik nr 5**)
 - e) W przypadku ubezwłasnowolnienia - kserokopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
 - f) W przypadku braku możliwości wyrażenia świadomej zgody na pobyt w ZOL - zgoda sądu na umieszczenie pacjenta w ZOL.

II. WARUNKI SKIEROWANIA I PRZYJĘCIA:

1. Osoby oczekujące na miejsce w ZOL umieszcza się na **LIŚCIE OSÓB OCZEKUJĄCYCH**.
2. Warunkiem przyjęcia pacjenta, pierwszego z listy oczekujących, jest wolne miejsce w ZOL, przedłożenie kompletu dokumentacji oraz kwalifikacja lekarza/kierownika Zakładu.
3. Decyzję o skierowaniu pacjenta do ZOL podejmuje Kierownik
4. Skierowanie do ZOL wydaje się na pobyt na czas określony – okres pobytu pacjenta w ZOL jest uzależniony od jego stanu zdrowia i przeprowadzonej oceny skali Bartel.
5. Kierownik ZOL powiadamia osobę zainteresowaną o terminie przyjęcia do zakładu.

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO:
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W LEŻAJSKU**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

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 stonii
- 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.

.....

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. 2015, poz. 126), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

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

.....
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 OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel2)

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

| L/p | Nazwa czynności 3) | Wartość punktowa 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 w (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny | |
| 3. | Utrzymanie 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 | |
| 5. | Mycie, kąpiel całego ciała 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny lub pod prysznicem | |
| 6. | Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 - nie porusza lub < 50 m 5 - do 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 i rozbieranie się 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 lewatywy 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 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje moc | |
| Wynik kwalifikacji 5) | | |

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

.....

.....

.....

.....

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu oraz jej podpis

- 1) Niepotrzebne skreślić.
- 2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Bartel.” 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) Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.
- 6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy (wg skali Barthel) przebywające w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej **RENTY - EMERYTURY*** opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie w **ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM w LEŻAJSKU** przez zakład emerytalno-rentowy.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ

.....

Lekarz rodzinny (lekarz POZ)

.....

(imię i nazwisko)

Podstawa prawna: (Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu. W przypadku rezygnacji osoby z przyjęcia do ZOL/ZPO wnioskodawca/osoba upoważniona może odebrać wniosek o przyjęcie wraz z załączonymi dokumentami w terminie trzech miesięcy od rezygnacji, pod rygorem jej zniszczenia.

*) właściwe podkreślić

.....
(Podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna)