

.....  
*miejsowość, dnia*

**OPINIA LEKARSKA**

Pan / Pani ....., ur. ....,

zam.....

**kwalfikuje się / nie kwalfikuje się\*** do ZOL / ZPO w Lubsku przy NZOZ w Żarach.

**Uzasadnienie:**

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

.....  
*pieczętka i podpis dyrektora zakładu*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza zakładu*

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*miejsowość, dnia*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*telefon*

## **WNIOSEK**

Proszę o przyjęcie mnie do ZOL / ZPO w Lubsku przy NZOZ „Szpital Na Wyspie” w Żarach z dniem .....

## **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na pokrywanie kosztów związanych z pobytem w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym, Opiekuńczo – Lecznicznym w Lubsku przy NZOZ „Szpital Na Wyspie” w Żarach – zgodnie z art. 34a ust. 1 i 2 ustawy z dn. 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Dochody otrzymuję przekazem pocztowym na adres domowy / na konto osobiste\*.

\* - podkreślić właściwe

**Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych.**

.....  
*potwierdzenie zgodności podpisu przez lekarza*

.....  
*podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie*

.....  
*podpis członka rodziny lub opiekuna prawnego*

.....  
(pieczęćka praktyki pielęgniarskiej)

.....  
miejsowość, dnia

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

### I. STRUKTURA RODZINY

#### OSOBY ZAMIESZKUJĄCE WSPÓLNIE Z OSOBĄ CHORĄ

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	WIEK	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	STAN ZDROWIA

#### POZOSTALI CZŁONKOWIE NAJBLIŻSZEJ RODZINY

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	WIEK	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	ADRES ZAMIESZKANIA	AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	STAN ZDROWIA

### II. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY

ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI	KATEGORIA (właściwe podkreślić)
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	<b>A</b>
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny – zaangażowanie innych osób	<b>B</b>
Brak opieki ze strony rodziny – pełna zależność od osób obcych	<b>C</b>



**SKÓRA:**

- czysta / blada / zażółcona / sinica / wysypka – rodzaj i okolica .....
- uszkodzona – rodzaj i umiejscowienie uszkodzenia .....
- odparzenia – umiejscowienie .....

**ODLEŻYNY: TAK – NIE**

<b>LOKALIZACJA</b> P – strona prawa, L – strona lewa	<b>STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA</b>	<b>ROZMIAR ODLEŻYNY</b>
Kość ogonowa i krzyżowa		
Kostka boczna		
Kostka przyśrodkowa		
Krętarz kości biodrowej		
Pięta		
Kość kulszowa		
Inne obszary – wymień:		

**LEGENDA:****Stopnie zaawansowania odleżyny:**

- I** – blednące pod uciskiem zaczerwienienie
- II** – nieblednące zaczerwienienie
- III** – otarcie, pęknięcie naskórka, pęcherz
- IV** – owrzodzenie bez martwicy i zakażenia, zmiana czysta, pokryta ziarniną
- V** – owrzodzenie z martwicą, drążące do kości i stawów, przykry zapach i wyciek treści ropno - martwiczej

**Rozmiar odleżyny:**

- < 4 cm<sup>2</sup>
- 4 cm<sup>2</sup> ÷ 16 cm<sup>2</sup>
- 16,1 cm<sup>2</sup> ÷ 36 cm<sup>2</sup>
- 36,1 cm<sup>2</sup> ÷ 80 cm<sup>2</sup>
- > 80 cm<sup>2</sup>

<b>ZAKRES WYMAGANEJ OPIEKI*</b>	<b>KATEGORIA</b>
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	<b>A</b>
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	<b>B</b>
Wymaga intensywnej opieki pielęgniarskiej	<b>C</b>

\* - podkreślić właściwą kategorię.

**KATEGORIE UZYSKANE W CZĘŚCIACH II – IV**

--	--	--

.....  
Data

.....  
Podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo – leczniczego:

.....  
Data urodzenia: .....

Adres: .....

### **I. PRZECIWWSKAZANIA DO POBYTU W ZOL/ZPO**

- Czynna choroba nowotworowa
- Czynna choroba zakaźna
- Uzależnienia (alkoholizm, narkomania, lekomania)
- Choroby psychiczne (z wyjątkiem choroby Alzheimera)

### **II. ROZPOZNANIE ZASADNICZE + CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE**

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

### **III. AKTUALNIE POBIERANE LEKI (nazwa, dawkowanie):**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### **IV. BADANIE PRZEDMIOTOWE:**

- waga.....,                      ▪ wzrost.....,                      ▪ ciepłota.....,

#### **2. Układ oddechowy:**

- wydolny – niewydolny,                      ▪ duszność tak - nie spoczynkowa – wysiłkowa,
- kaszel tak – nie (jaki?) .....,                      ▪ plwocina śluzowa – pienista – ropna – krwista,
- rurka tracheotomijna tak – nie (rozmiar, data założenia) .....

#### **3. Układ krążenia:**

- wydolny – niewydolny (stopień wg NYHA) .....,                      ▪ RR .....,
- Tętno / min.....,                      ▪ sinica tak – nie / obwodowa – centralna,
- obrzęki (umiejscowienie).....
- Zaburzenia rytmu serca tak – nie (jeśli tak, to jakie?).....
- Stymulator serca tak – nie (typ, rok założenia, przyczyna).....
- Omdlenia tak – nie (jeśli tak, podać przyczynę).....

#### **4. Układ pokarmowy:**

- Ewentualne schorzenia .....,                      ▪ Nietolerancje pokarmowe .....
- Stomie .....,                      ▪ Biegunki, zaparcia tak – nie,
- Rodzaj diety .....

#### **5. Układ moczowo – płciowy:**

- wielomocz / skąpomocz / bezmocz / norma,                      ▪ nietrzymanie moczu tak – nie,
- Przerost gruczołu krokowego tak – nie,                      ▪ zakażenie dróg moczowych tak – nie,
- upławy tak – nie (jeśli tak - Podać przyczynę i rodzaj wydzieliny).....

#### **6. Układ ruchu:**

- ruchomość w stawach pełna – ograniczona,                      ▪ osteoporoza tak – nie,                      ▪ złamania kości tak – nie:
- podać Umiejscowienie i datę urazu.....
- Dotychczasowe postępowanie .....
- Sposób dalszego postępowania .....
- Unieruchomienie gipsem tak – nie, jeśli tak – podać zakres.....

**7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:**

- świadomość pełna / ograniczona / chory nieprzytomny,      ▪ kontakt słowny pełny / afazja,
- kontakt logiczny pełny / brak kontaktu logicznego      ▪ Sen – prawidłowy / odwrócenie pór doby
- Wzrok – prawidłowy / niedowidzenie / ślepotajaskra      ▪ Słuch – prawidłowy / niedosłyszenie / głuchota / aparat słuchowy
- Niedowłady/porażenia (umiejscowienie) .....

**8. Obwodowe węzły chłonne:** .....

**9. Skóra:**

- czysta / brudna,      ▪ sucha / wilgotna,      ▪ sinica tak – nie,      ▪ biała / zażółcona / zabarwienie prawidłowe,
- Otarcia naskórka – umiejscowienie: .....
- Odparzenia – umiejscowienie .....
- Owrzodzenia żylakowe – umiejscowienie, stan owrzodzenia, dotychczasowe leczenie .....

**10. Odleżyny tak – nie, jeśli tak, to:**

• Lokalizacja (podkreślić właściwe):

- Kość ogonowa i krzyżowa      ▪ Kostka boczna – strona lewa / prawa
- Kostka przysiodkowa – strona lewa / prawa      ▪ Krętarz kości biodrowej – strona lewa / prawa
- Pięta prawa / lewa      ▪ Guz kulszowy lewy / prawy
- Inne obszary – wymienić: .....

• Stopień zaawansowania (podkreślić właściwe):

- I – blednące pod uciskiem zaczerwienienie
- II – nieblednące zaczerwienienie
- III – otarcie, pęknięcie naskórka, pęcherz
- IV – owrzodzenie bez martwicy i cech zakażenia, zmiana czysta, pokryta ziarniną
- V – owrzodzenie z martwicą, przykry zapach i wyciek treści ropno – martwiczej, drążąca do kości i stawów

• Rozmiar odleżyny (podkreślić właściwe):

- < 4 cm<sup>2</sup>
- 4,1 – 16 cm<sup>2</sup>
- 16,1 – 36 cm<sup>2</sup>
- 36,1 – 80 cm<sup>2</sup>
- > 80 cm<sup>2</sup>

• Dotychczasowe leczenie odleżyn: .....

**11. Alergie tak – nie (jakie?)** .....

***Stwierdza się, że wyżej wymieniona osoba wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji.  
W chwili wydania zaświadczenia nie wymaga hospitalizacji.***

**12. Zalecany czas pobytu w ZOL:**

- Stały
- Czasowy – jaki okres (proszę wpisać do 6 miesięcy) .....

**13. Imię i nazwisko lekarza rodzinnego (adres praktyki):** .....

.....  
Data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*miejsowość, dnia*

.....  
*adres zamieszkania*

.....

.....  
*telefon*

### **ZOBOWIĄZANIE**

Oświadczam, że zobowiązuję się po upływie ustawowego terminu pobytu w ZOL / ZPO w  
Lubsku do odebrania z w/w zakładu Pana / Pani: .....

.....  
*data, podpis*

# KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ W ZOL/ ZPO

## 1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel .

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

L/p	Nazwa czynności*/	Wartość punktowa**/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	<b>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)</b> 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby.	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 = zależny, 5 = niezależny	
6.	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 0 = nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku, 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku, 10 = spacerzy z pomocą jednej osoby >50 m, 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > powyżej 50 m.	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji, 10 = samodzielny.	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się.</b> 0 = zależny, 5 = potrzebuje częściowej pomocy, 10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania, 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany, 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	
<b>Wynik kwalifikacji ***/</b>		

\*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

\*\*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,

\*\*\*/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

## 2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			
5			

## 2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		
4		

.....  
*data, podpis i pieczęć pielęgniarki*