

PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI PACJENÓW KIEROWANYCH DO ZAKŁADÓW:

OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO (ZOL) PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO (ZPO) W „Centrum Medycznym w Łąncucie”

Podstawa prawna: art.18 i 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz. U. 2015, poz. 581), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2012, poz. 731)

Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL lub ZPO jest złożenie kompletu niezbędnych dokumentów w:

„Centrum Medycznym w Łąncucie” Sp. z o.o.
ul. Paderewskiego 5
37-100 Łącut

I. KOMPLETNY WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZOL, ZPO ZAWIERA:

1. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL, ZPO (**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
3. Skierowanie do ZOL, ZPO (**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 i ZPO (wg zmodyfikowanej skali Bartel) – (**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, ZPO (**załącznik nr 5**)

II. WARUNKI SKIEROWANIA i PRZYJĘCIA:

1. Kierownik Zakładu informuje pracownika socjalnego „Centrum Medycznego w Łąncucie” Sp. z o.o. o możliwości przyjęcia pacjenta (o wolnym miejscu w Zakładzie) w terminie 2 dni
2. Warunkiem przyjęcia pacjenta jest kwalifikacja lekarza Zakładu oraz przedłożenie kompletu dokumentacji
3. Decyzję o skierowaniu pacjenta do Zakładu podejmuje Prezes „Centrum Medycznego w Łąncucie” Sp. z o.o. uwzględniając w miarę możliwości dokonanie wyboru zakładu przez osobę ubiegającą się.
4. Skierowanie do **ZOL** wydaje się na pobyt stały albo na czas określony, skierowanie do **ZPO** wydaje się na czas określony.
5. Kierownik zakładu powiadamia osobę zainteresowaną o terminie przyjęcia do zakładu
6. Osoby oczekujące na miejsce w Zakładzie umieszcza się na **LIŚCIE OSÓB OCZEKUJĄCYCH**, prowadzonej przez kierującego i udostępnianej osobom zainteresowanym
7. W przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia, na wniosek lekarza, może być wydane skierowanie na czas określony poza kolejnością.

**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

WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

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 pielęgniarzki

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, póź. 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/
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 OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM ^{1/}**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ^{2/}

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy :

Adres zamieszkania:

Nr PESEL, a w przypadku braku nr PESEL, nr dowodu osobistego:

OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL

L.p.	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.	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 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 wykonać 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 – czasami popuszcza / zdarzenia przypadkowe/ 10 – panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji ^{5/}	

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

Wynik oceny stanu zdrowia: Stwierdzam, że w/ w osoba wymaga / nie wymaga 1/ skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym 1/.

.....
data, pieczęć lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego

1/ Niepotrzebne skreślić

2/Mahoney FI, Barhel D. „Badania funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.

Maryand State Med. Journal 1965; 14:56 – 61. Wykorzystane za zgodą.

3/ W lp. 1 – 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

4/ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

Załącznik nr 5

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

Z G O D A P A C J E N T A

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojej **RENTY – EMERYTURY)*** opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie w **ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM W HANDZLÓWCE / ZAKŁADZIE PIELEGNACYJNO – OPIEKUŃCZYM w ŁAŃCUCIE*** przez zakład emerytalno-rentowy.

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

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 (Dz. U. 2015, poz. 581)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

*) właściwe podkreślić

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