

Dokumenty

**wymagane przy kierowaniu do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego
przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim
w Gorzowie Wlkp. Spółka z o. o.**

**zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. oraz Rozporządzenie
Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w
sprawach przyjęcia oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. z 2012r., poz.854)**

1. Wniosek o wydanie skierowania (**Załącznik nr 1**).
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie (**Załącznik nr 2**).
3. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (**Załącznik nr 3**).
4. Zgoda na ponoszenie odpłatności za pobyt. (**Załącznik nr 4**).
5. Zgoda na przechowywanie i gromadzenie danych osobowych. (**Załącznik nr 5**).
6. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego (**Załącznik nr 11**).
7. Zaświadczenie lekarskie (**Załącznik nr 12**).
8. Postanowienie sądowe o ubezwłasnowolnieniu osoby /jeżeli osoba jest ubezwłasnowolniona/.
9. Postanowienie sądowe o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora/jeżeli osoba takiego posiada/.
10. Orzeczenie sądu opiekuńczego o umieszczeniu w zakładzie opiekuńczym (w przypadku posiadania w/w orzeczenia sądowego).
11. Karty informacyjne z pobytu w szpitalu z okresu ostatniego roku.
12. Wywiad pielęgniarski (**Załącznik nr 13**).
13. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu, w szczególności:
 - kserokopia aktualnej decyzji o waloryzacji renty lub emerytury,
 - kserokopia aktualnej decyzji o zasiłku stałym wyrównawczym,
 - kserokopia aktualnej decyzji o rencie socjalnej,
 - zaświadczenie o zatrudnieniu i wysokości dochodu,
 - inne dochody.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
25 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755)

Załącznik nr 1

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

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 gastronomię 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 albo imię i nazwisko
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-
leczniczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko
lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. 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 2008r.

O konsultantach w ochronie zdrowia (DZ.U. Z 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-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 oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

*Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

.....
(miejscowość, data)

.....

.....

.....

tel.

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na ponoszenie i potrącanie należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zgodnie z art. 18.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

.....
(podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....
(miejscowość, data)

.....

.....

.....

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych
w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim
w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

.....
(podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

Po osobistym zbadaniu:

- za zgodą / bez zgody*,
- za zgodą / bez zgody* przedstawiciela ustawowego,

kieruję do szpitala psychiatrycznego Panią/Pana*,
(imię i nazwisko)

zamieszkałą(-ego) w:
.....
(adres zamieszkania)

1. Numer PESEL, w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia
2. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych*.
3. Osoba sprawująca opiekę faktyczną, jeżeli dotyczy:
(imię i nazwisko, adres)
4. Przedstawiciel ustawowy, jeżeli dotyczy:
(imię i nazwisko, adres)
5. Rozpoznanie:
.....
.....
.....
6. Inne informacje uzasadniające potrzebę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, w tym dotyczące dotychczas stosowanego leczenia, jeżeli dotyczy:
.....
.....
.....
.....

.....
(imię i nazwisko, specjalizacja,
nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)

*) Odpowiednie zakreślić

.....
pieczęć jednostki kierującej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo – leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego

Rok: urodzenia

Adres

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki).

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

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE: waga..... wzrost..... ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy.....

.....

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny* ciśnienie krwi tętno /min

4. Układ trawienia

.....

5. Układ moczowo-płciowy

.....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) w języku polskim oraz według klasyfikacji ICD-10:

.....

.....

9. Schorzenia współistniejące: *

a) choroba zakaźna: tak – nie, jeśli tak to jaka?

b) gruźlica: tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak-nie

c) narkomania: tak – nie

d) choroba psychiczna: tak – nie, jeśli tak, to jaka ?

.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.*

* niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć Podpis lekarza.

.....
Data

.....
 pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 albo pielęgniarki środowiskowej (rodzinnej)

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	imię i nazwisko	wiek	stopień pokrewieństwa	miejsce zamieszkania	stan zdrowia

	Imię i nazwisko,	Nr telefonu Nazwa i adres Przychodni
Lekarz rodzinny		
Pielęgniarka rodzinna		

CZĘŚĆ 2. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU

Kryteria oceny sytuacji mieszkaniowej						Liczba pkt
oddzielne mieszkanie	0	oddzielny pokój	2	pokój wspólny z innymi osobami	3	
usytuowanie mieszkania parter	0	powyżej parteru z windą	2	powyżej parteru bez windy	3	
ogrzewanie CO	0	ogrzewanie węglowe	2	brak stałego ogrzewania	3	
pełny dostęp do łazienki	0	ograniczony dostęp do łazienki	2	brak łazienki	3	
pełny dostęp do WC	0	ograniczony dostęp do WC ;	2	dostęp do WC poza budynkiem	3	
pełny dostęp do kuchni	0	ograniczony dostęp do kuchni	2	brak dostępu do kuchni	3	
warunki higieniczne bardzo dobre mieszkanie/pokój*) czyste, suche, widne, przestronne*)	0	warunki higieniczne zadowalające mieszkanie/pokój*) dość czyste, częste korzystanie ze sztucznego oświetlenia, mało przestronne*)	2	warunki higieniczne złe mieszkanie/pokój*) zaniedbane, wilgotne, stale korzystanie ze sztucznego oświetlenia, brak wolnej przestrzeni*)	4	
pełna adaptacja mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej	0	częściowe przystosowanie mieszkania	2	mieszkanie nie przystosowane	3	
						Suma pkt

*) Właściwe podkreślić.

a) sytuacja b. dobra: 0-4 pkt kategoria A

b) sytuacja zadowalająca: 5 do 10 pkt kategoria B

c) sytuacja zła: 11 do 25 pkt kategoria C.

CZĘŚĆ 3. OCENA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ RODZINY / ŚRODOWISKA

Zakres sprawowanej opieki	Kategoria
Pełna wydolność opiekuńcza rodziny	A
Niepełna wydolność opiekuńcza rodziny (zaangażowanie innych osób)	B
Brak opieki ze strony rodziny - pełna zależność od osób obcych	C

*) Właściwe podkreślić.

CZĘŚĆ 4. ROZPOZNANIE PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zakres wymaganej opieki	Kategoria
Nie wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	A
Wymaga ciągłej opieki pielęgniarskiej	B
Wymaga kompleksowej intensywnej opieki pielęgnacyjnej	C

.....

*) Właściwe podkreślić.

ŁĄCZNIE UZYSKANE KATEGORIE W CZĘŚCIACH 2-4

--	--	--

.....

podpis pielęgniarki przeprowadzającej wywiad

.....

data