

**Dokumenty**  
**wymagane przy kierowaniu do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego przy**  
**Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp.**  
**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**  
**zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r.**

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. Zobowiązanie do wypisu z Zakładu po upływie terminu pobytu **(Załącznik nr 6)**.
  7. Orzeczenie sądu opiekuńczego o umieszczeniu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.  
Kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego / kuratora.  
(w przypadku posiadania w/w dokumentów).
  8. Karty informacyjne z pobytu w szpitalu z okresu ostatniego roku.
  9. 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.
  10. Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych.  
**/tylko do ZOL dla Wentylowanych Mechanicznie/. (Załącznik nr 10)**
  11. Karta oceny świadczeniobiorcy przebywającego w ZOL – ocena wg Skali Glasgow.  
**(Załącznik nr 8)**
  12. Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywiania wg NRS 2002 **(Załącznik nr 7)**
  13. Kwalifikacja szpitala do objęcia pacjenta żywieniem pozajelitowym lub dojelitowym.  
**(Załącznik nr 9)**
  14. Dane o lekarzu i pielęgniarce POZ **(Załącznik nr 17)**
  15. Oświadczenie o zapoznaniu i przestrzeganiu zasad pobytu w ZOL (odnośnie okresu pobytu, odpłatności za pobyt i udzielaniu przepustki) **(Załącznik nr 18)**
- W dniu przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego prosimy dostarczyć aktualne wyniki badań laboratoryjnych :**
- morfologia, OB
  - mocz
  - rtg kl. piersiowej
  - HBS

**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 ,adres POZ)\*\*\*

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu, adres POZ)\*\*\*

**- 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.

## 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

### **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 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”.

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

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

Gorzów Wlkp., .....

.....

.....

.....

tel. ....

## **Z O B O W I A Ż A N I E**

**Oświadczam, że zobowiązuję się** po upływie terminu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, do **wypisania** z w/w Zakładu.

***Pana (iq)*** .....

.....  
(czytelny podpis)

Gorzów Wlkp., .....

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

**O ś w i a d c z e n i e**

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.) mojego podopiecznego

.....

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

Gorzów Wlkp., .....

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

**O ś w i a d c z e n i e**

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

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

Imię i nazwisko ..... Nr historii choroby .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

**OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA  
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002)**

<b>Pogorszenie stanu odżywienia</b>		<b>Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)</b>	
Brak = 0	Prawidłowy stan odżywienia	Brak = 0	Zwykłe zapotrzebowanie
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 3 miesięcy lub Spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) – marskość wątroby, POChP Radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5-20,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 25-50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe Pooperacyjna niewydolność nerek Chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 0-25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy Przeszczep szpiku Chory w oddziale Intensywnej Terapii
<b>Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat + 1 pkt</b>			
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: $\geq 3$ – wskazane leczenie żywieniowe $< 3$ – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień			

.....  
*podpis i pieczęć lekarza leczącego*.....  
*podpis i pieczęć członka zespołu żywienia*



**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE  
OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM – OCENA WEDŁUG SKALI GLASGOW <sup>1)</sup>**

Nazwisko i imię świadczeniobiorcy: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer PESEL: .....

Lp.	Czynność	Wynik
1.	<b>Otwieranie oczu:</b> 4 - punkty – spontaniczne 3 - punkty – na polecenie 2 - punkty – na bodźce bólowe 1 - punkt – nie otwiera oczu	/4
2.	<b>Kontakt słowny:</b> 5 - punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby 4 - punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany 3 - punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk 2 - punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie 1 - punkt – bez reakcji	/5
3.	<b>Reakcja ruchowa:</b> 6- punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych 5 - punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy 4- punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego 3- punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) 2- punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) 1- punkt – bez reakcji	/6
	<b>Suma punktów GCS</b>	<b>/15</b>

.....  
 data, pieczęć, podpis lekarza  
 dokonującego oceny

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13–15 – łagodne
- GCS 9–12 – umiarkowane
- GCS 6–8 – brak przytomności
- GCS 5 – odkorowanie
- GCS 4 – odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

<sup>1</sup> Karta opracowana na podstawie załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 83/2011/DSOZ z dnia 16.11.2011

## KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

### Pacjent:

Imię, nazwisko..... PESEL .....nr historii choroby.....

**1. Ocena stanu odżywienia:** SGA lub NRS 2002 (załączyć kartę oceny): .....

BMI = .....

% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach): .....

stężenie białka we krwi.....g/l stężenie albumin we krwi.....g/l

### 2. Wskazania do leczenia żywieniowego:

przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: .....dni

wskazania do leczenia żywieniowego:

- okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt
- wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci
- wyniszczenie (BMI<17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego
- niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni
- BMI  $\geq$  18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni
- zwiększony katabolizm
- powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego
- reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji
- niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła
- inne

### 3. Cel leczenia żywieniowego:

- utrzymanie stanu odżywienia
- poprawa stanu odżywienia
- leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań

### 4. Droga podawania

skuteczne żywienie doustne: możliwe  tak  nie

skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe  tak  nie

## 5. Dostęp:

- zgiębnik:  nosowo –żołądkowy  nosowo- dwunastniczy  nosowo- jelitowy  
 przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG)  gastrostomia  jejunostomia  
 inna przetoka  żyła centralna  tunelizacja  cewnik permanentny  port  
 żyły obwodowe

typ cewnika:, zgiębnika lub PEG: .....

## 6. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):

- nie ma  małe  duże

## 7. Dni leczenia żywieniowego:

- 5.06.00.0000006 żywienie dojelitowe dni .....
- 5.06.00.0000018 kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni .....
- 5.06.00.0001416 częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni .....
- 5.06.00.0001417 kompletne żywienie pozajelitowe dzieci dni .....

Dostęp:

- 5.06.00.0000035 zakładanie portów do radykalnej chemioterapii i/ lub kontaktu centralnego

- 5.06.00.0001445 wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu Broviac, Hickman lub Groshong

## 8. Wynik leczenia: dobry zły

## 9. Posiew krwi

w przypadku żywienia drogą żyły głównej górnej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika:

- wynik obecny  brak

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

**Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych**

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

**I. Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji:**

1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo – mięśniowych, OUN i płucnych.
2. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia.
3. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.
4. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.
5. Nie wymaga wysokich  $FiO_2 = > 50\% O_2$ .
6. Przy wentylacji przez tracheostomię, rana jest zagojona, wymiana rurki odbywa się bez trudności.
7. Przy współistniejących zaburzeniach połknięcia założona gastrostomia odżywcza.
8. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie

**II. Rozpoznanie:**

--

KOD ICD-10

--

**III. Stwierdzam , że u osoby wyżej wymienionej: \***

1. Zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia.
2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja.
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii.

**IV. Zalecenia lekarskie:**

1.	Do tej pory prowadzono wentylację:		
	TRYB		
	PEEP		
	Fi O2		
	Inne parametry		
	Rozmiar rurki tracheotomijnej		
2.	Przyjmowane leki:		
3.	Dieta:		

4.	Rehabilitacja:
5.	Inne zalecenia:

\*odpowiednie zaznaczyć

**V. Aktualne wyniki posiewów mikrobiologicznych materiału pobranego z drzewa oskrzelowego:**

.....

.....

.....

.....

.....

**VI. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:**

- CRP.....
- Kreatynina i mocznik.....
- Morfologia.....
- Elektrolity.....
- Gazometria.....
- ASPAT, ALAT.....

.....  
Nazwa jednostki kwalifikacyjnej

.....  
Podpis lekarza anesteziologa, data

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

PESEL: .....

LEKARZ RODZINNY

Imię i nazwisko: .....

Dane spółki: .....

.....

PIEŁĘGNIARKA ŚRODOWISKOWA

Imię i nazwisko: .....

Dane spółki: .....

.....



Wielospecjalistyczny  
Szpital Wojewódzki  
w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.

Załącznik nr 18

Gorzów Wlkp.....

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

## O ś w i a d c z e n i e

Będąc upoważnionym/-ą do reprezentowania Pana/-i .....  
przebywającego/-cej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Wielospecjalistycznego Szpitala  
Wojewódzkiego Spółka z o.o. w Gorzowie Wlkp. oświadczam, że zapoznałem/-am się z zasadami  
pobytu w ZOL i zobowiązuję się do ich przestrzegania:

- okres pobytu** - zostałam/-em poinformowana/-y o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji w skali Barthel, po przekroczeniu 40 pkt. LOW NFZ nie finansuje pobytu w Zakładzie. O wypisie pacjenta decyduje lekarz konsultant. Po okresie 1 m-ca pacjent lub osoba upoważniona występuje do Kierownika ZOL o przedłużenie pobytu do max. 3 m-cy. (z tym zastrzeżeniem, jeśli obowiązujące przepisy prawa nie stanowią inaczej).
- płatności za pobyt** - należy regulować w terminie 14 dni od wystawienia faktury każdego miesiąca na konto podane na fakturze pod rygorem naliczania ustawowych odsetek za opóźnienia, a także skierowanie sprawy na drogę postępowania sądowego,
- udzielenie przepustki** - na 3 dni przed planowanym terminem przepustki należy złożyć wniosek do Kierownika ZOL o udzielenie przepustki.

.....  
/ czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej/



66-400 Gorzów Wlkp., ul. Dekerta 1 tel. 95 733 12 22, fax 95 733 12 21  
E-mail: sekretariat@szpital.gorzow.pl  
NIP 599-31-68-108, REGON 211228381  
Sąd Rejonowy w Zielonej Górze VIII Wydział Gospodarczy,  
KRS 0000476259 Kapitał założycielski 47 000 000,00

