

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-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 Bartel, 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

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	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	Utrzymywanie 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 - spacer 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 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 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 ²⁾

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 albo lekarza zakładu opiekuńczego,
oraz jego podpis⁶⁾

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania
zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej
podpis⁶⁾

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.
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⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10.

⁶⁾ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL.....

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 pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

WYKAZ STOSOWANYCH LEKÓW

LP	STOSOWANE LEKI	DAWKOWANIE

.....
Miejscowość ,data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:		

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA
		BMI
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia	
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej <input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Możliwe skuteczne odżywianie doustne	<input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
	Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	Dostęp dojelitowy	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6.	Dostęp pozajelitowy	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika
7.	Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni

Imię i nazwisko.....

PESEL

Data

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

I. Wywiad

1. Wiek (lata) wzrost (cm) masa ciała (kg) płeć K M

2. Zmiana masy ciała utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg)(%)

zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

zwiększenie bez zmian zmniejszenie

3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów

bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)

Rodzaj diety:

zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych

dieta płynna kompletna

dieta płynna hipokaloryczna

głodzenie

4. Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)

bez objawów Nudności Wymioty Biegunka Jadłowstręt

5. Wydolność fizyczna

bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)

rodzaj: praca w ograniczonym zakresie

chodzi

leży

6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:

wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby

brak mały średni duży

II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)

utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej

zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)

obrzęk nad kością krzyżową

obrzęk kostek

wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

prawidłowy stan odżywienia

podejrzanie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia

wyniszczenie

duże ryzyko niedożywienia

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

Imię i nazwisko.....

PESEL

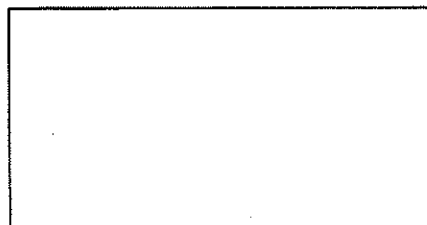
Data

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

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	
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
Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat + 1 pkt			
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: ≥ 3 – wskazane leczenie żywieniowe < 3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień.			

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia



Pieczęć jednostki kierującej

KWALIFIKACJA
dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (dane podstawowe, przebyte choroby, operacje)

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

II. Badanie przedmiotowe

Waga..... wzrost.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

- odleżyny
- owrzodzenia troficzne
- rany przewlekłe
- nie dotyczy

2. Układ oddechowy niewydolny – wymaga wentylacji mechanicznej:

- ciągłej 24h
- okresowej

Metoda wentylacji:

- inwazyjna – rodzaj i rozmiar rurki tracheotomijnej
- nieinwazyjna – liczba godzin wentylacji na dobę

3. Układ krążenia: wydolny, ciśnienie krwi tętno/min

.....

4. Układ pokarmowy:

- gastrostomia
- zgłębnik do żołądka
- nie dotyczy

5. Układ moczowo-płciowy:

- cewnik do pęcherza moczowego
- nie dotyczy

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samo pielęgnacji

.....
.....

- leżący
- chodzący
- poruszający się z pomocą osób trzecich / przedmiotów ortopedycznych

7. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD-10).....

8. Choroby współistniejące

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

Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej:

1. zostało zakończone i udokumentowane leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości leczenia przyczynowego
2. przeprowadzono pełną diagnostykę (zostały wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła/okresowa wentylacja)
3. nie jest wymagana hospitalizacja

Pacjent zakwalifikowany do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

.....
Data

.....
pieczęć, podpis lekarza specjalisty
anestezjologii i intensywnej terapii

OCENA STANU ŚWIADOMOŚCI PACJENTA WG SKALI GLASGOW

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

BADANA REAKCJA	STOPIEŃ ZABURZEŃ	LICZBA PUNKTÓW	OCENA PACJENTA
Reakcja otwierania oczu	spontaniczna	4	
	na polecenie	3	
	na bodźce bólowe	2	
	nie otwiera oczu	1	
Reakcja słowna /mowa/	logiczna /pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby/	5	
	odpowiedź splątana / pacjent zdezorientowany/	4	
	odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk	3	
	niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie	2	
	brak reakcji słownej	1	
Reakcja ruchowa /motoryczna/	spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych	6	
	ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy	5	
	reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego	4	
	patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie /przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych/	3	
	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/	2	
	bez reakcji	1	
OGÓŁEM ILOŚĆ PUNKTÓW			
OCENA PACJENTA WG GCS			

.....
data

.....
podpis lekarza

INTERPRETACJA

GCS 13-15 - łagodne, GCS 9-12 - umiarkowane, GCS 6-8 - brak przytomności

GCS 5 - odkorowanie, GCS 4 - odmóżdzenie, GCS 3 - śmierć mózgowa

Należy podać z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

W przypadku pacjentów wentylowanych kwalifikujących się do przyjęcia do NZOZ Wentimed, przed wyznaczonym terminem przyjęcia proszę o dostarczenie:

- aktualne badania morfologia, Na, K, Mg, Ca, P, glikemia, AST, ALT, GGTP, lipidogram, , białko, albuminy, mocznik, kreatynina, INR, APTT, RKZ
- aktualne CRP, PCT
- aktualne rtg płuc
- aktualne posiewy: oskrzela, mocz
- aktualne leczenie farmakologiczne
- żywienia do PEG : rodzaj diety, dobową ilość