

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W ZAKRESIE ZALECONEJ PIELĘGNACJI
w celu przyznania usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych**

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA	
numer PESEL lub data urodzenia	
adres zamieszkania: ulica, nr domu lub mieszkania, kod pocztowy, miejscowość	

1. Ze względu na stan zdrowia w/w osoba - proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”

1	wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych	
2	wymaga pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych <i>(nie dotyczy usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi)</i>	
3	nie wymaga pomocy w formie w/w usług	
4	wymaga umieszczenia w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym	

Zgodnie z art. 50 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku:

- ust. 1 - osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,
- ust. 3 – **usługi opiekuńcze obejmują** pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, **zaleconą przez lekarza pielęgnację** oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem,
- ust. 4 – specjalistyczne **usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności**, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym,
- ust. 5 – ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, **przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.**

2. CZY PACJENT WYMAGA STOSOWANIA DIETY, JEŚLI TAK WSKAZAĆ JAKIEJ?

--

3. CZY PACJENT JEST OBJĘTY OPIEKĄ PIELEGNACYJNĄ? - proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”

	TAK	NIE
PIELĘGNIARKA ŚRODOWISKOWA tel. kontaktowy		
PIELĘGNIARKA DŁUGOTERMINOWA tel. kontaktowy		
HOSPICJUM DOMOWE tel. kontaktowy		

4. ZALECANE CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNE – wg aktualnie rozpoznanych potrzeb Pacjenta

- **proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”**
- **w rozszerzeniu czynności: niepotrzebne skreślić**
- w przypadku wymogu uprawnień specjalistycznych ze strony opiekuna do określonej czynności dopisać skrót „SPEC.”

Lp.	CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNE	WYMAGA	NIE WYMAGA
1	zmiana pampersów / pielucho-majtek / wkładek, obejmuje: toaletę przeciwodparzeniową		
2	stosowanie okładów i kompresów		
3	układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji		
4	profilaktyka w zakresie zapobiegania powstaniu odleżyn / odparzeń		
5	obserwacja występowania i pomiar obrzęków, dotyczy wykonania niezbędnych pomiarów		
6	asystowanie przy podawaniu insuliny i leków przeciwzakrzepowych oraz zakraplaniu oczu		
7	pomoc w przygotowaniu leków, wg pisemnych zaleceń lekarza		
8	pomoc przy pomiarze parametrów życiowych, tj. mierzeniu temperatury ciała, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu		
9	pomoc przy wykonywaniu pomiaru glikemii przy użyciu glukometru lub testów paskowych, aparaturą odbiorcy usług		
10	zakładanie czepca w przypadku wszawicy, obejmujące mycie i czesanie włosów		
11	Inne / uwagi		

Nr tel. lekarza do kontaktu:

Data, pieczęć i podpis lekarza: