

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. Dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne (kserokopia legitymacji rencisty/emeryta, kserokopia opłacania składek)
10. 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.
11. Karta oceny świadczeniobiorcy przebywającego w ZOL – ocena wg Skali Glasgow.
12. Kwalifikacja szpitala do objęcia pacjenta żywieniem pozajelitowym lub dojelitowym.
13. Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych.
/tylko do ZOL dla Wentylowanych Mechanicznie/.

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 PIĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIĘGNIARSKI

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 – Lecznicy przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, do **wypisania** z w/w Zakładu.

Pana (ia)

.....

(czytelny podpis)

Gorzów Wlkp.,

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

O ś w i a d c z e n i e

Wyrażam zgodę na ponoszenie 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 opiekuna)

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.

.....
(podpis pacjenta)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

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

Nazwisko i imię świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL:

| Lp. | Czynność | Wynik |
|-----|---|------------|
| 1. | Otwieranie oczu: 4 - punkty – spontaniczne 3 - punkty – na polecenie 2 - punkty – na bodźce bólowe 1 - punkt – nie otwiera oczu | /4 |
| 2. | Kontakt słowny: 5 - punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby 4 - punkty – odpowiedź splątana, pacjent dezorientowany 3 - punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk 2 - punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie 1 - punkt – bez reakcji | /5 |
| 3. | Reakcja ruchowa: 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 |
| | Suma punktów GCS | /15 |

.....
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

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



Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

TWOJE ZDROWIE – TWÓJ SZPITAL

Imię i nazwisko Nr historii choroby

PESEL Data urodzenia

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

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Pacjent:

Imię, nazwisko..... PESELnr 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:

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

typ cewnika:, zgåłbnika 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 połykania 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 O ₂ | |
| | 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 anestezjologa, data