

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**Osoby ubiegającej się o pobyt w ośrodku wsparcia****Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Putkowicach Nadolnych****I. Dane pacjenta**

- Imię i nazwisko:
 - PESEL:
 - Adres zamieszkania:
 - Rozpoznanie główne (ICD-10):
 - Choroby współistniejące:
-

II. Stan ogólny i sprawność funkcjonalna**1. Czy pacjent jest osobą:**

- samodzielną
 - częściowo niesamodzielną
 - całkowicie niesamodzielną
-

2. Zdolność do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego (ADL)

Czynność	Samodzielnie	Z pomocą	Niesamozielny
Spżywanie posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiena osobista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korzystanie z toalety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Czy pacjent wymaga:

- pomocy w przygotowaniu posiłków
 - pomocy w przyjmowaniu leków
 - nadzoru w ciągu dnia
 - całodobowego nadzoru
 - specjalistycznych usług np. rehabilitacja
 - brak potrzeby stałej pomocy
-

III. Stan psychiczny

- Czy występują zaburzenia poznawcze?
 - nie
 - łagodne
 - umiarkowane
 - głębokie
 - Czy pacjent stanowi zagrożenie dla siebie lub innych?
 - nie
 - tak
 - Czy wymaga stałego nadzoru ze względu na stan psychiczny?
 - nie
 - tak
-

IV. Ocena potrzeby wsparcia

1. Czy pacjent wymaga częściowej pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych?
 - tak
 - nie
 2. Czy pacjent wymaga całodobowej opieki i pielęgnacji?
 - tak
 - nie
 3. Czy stan zdrowia pozwala na korzystanie z dziennego ośrodka wsparcia?
 - tak
 - nie
 4. Czy istnieją przeciwwskazania medyczne do pobytu w ośrodku wsparcia?
 - nie
 - tak (jakie?)
-

V. Czy pacjent wymaga specjalistycznego transportu do ośrodka wsparcia?

- nie – może korzystać ze zwykłego transportu.
 - tak – wymaga transportu przystosowanego do potrzeb osoby z niepełnosprawnością.
 - tak – wymaga transportu sanitarnego (pozycja leżąca / opieka medyczna w trakcie przewozu).
-

VI. Wnioski lekarza

- Pacjent kwalifikuje się do ośrodka wsparcia (wymaga częściowej opieki).
- Pacjent nie kwalifikuje się do ośrodka wsparcia – wskazana opieka całodobowa (np. DPS).
- Pacjent nie wymaga wsparcia instytucjonalnego.

VII. Inne uwagi:

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

Data:

Pieczęć i podpis lekarza: