



**PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI
PACJENTÓW KIEROWANYCH DO
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO (ZOL)
SZPITAL ŚW. LEONA Sp. z o.o w Opatowie
Tel: 535-373-677**

Podstawa prawna: art. 18, art. 33a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 731)

Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest złożenie kompletu niezbędnych dokumentów w:

**Szpital Św. Leona Sp. z o. o. z siedzibą w Opatowie
ul. Szpitalna 4
27-500 Opatów**

I. KOMPLETNY WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZOL, ZAWIERA:

1. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL, (**załącznik nr 1**). Wniosek wypełnia:
 - a) osoba ubiegająca się o umieszczenie w zakładzie;
 - b) opiekun prawny osoby ubiegającej się.
2. Zaświadczenie lekarskie (**załącznik nr 2**) – wystawia lekarz POZ, lekarz specjalista lub lekarz prowadzący w szpitalu.
3. Skierowanie do ZOL, (**załącznik nr 3**).
4. Dokumentacja wypełniana przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną, lub pielęgniarkę w szpitalu,
 - a) Wywiad pielęgniarski (**załącznik nr 2**).
 - b) Kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką w zakładach ZOL (wg zmodyfikowanej skali Barthel) – (**załącznik nr 4**).
- 5) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności:
 - a) decyzję organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub
 - b) decyzję o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy;
 - c) oświadczenie zgody na ponoszenie częściowej odpłatności za pobyt w ZOL (**załącznik nr 5**).

II. WARUNKI SKIEROWANIA I PRZYJĘCIA:

1. Kierownik Zakładu informuje Prezesa Zarządu „Szpital Św. Leona w Opatowie” Sp. z o. o. o możliwości przyjęcia pacjenta (o wolnym miejscu w Zakładzie) w terminie 2 dni.
2. Warunkiem przyjęcia pacjenta jest kwalifikacja lekarza Zakładu oraz przedłożenie kompletu dokumentacji **wraz z badaniami**.
3. Decyzję o skierowaniu pacjenta do Zakładu podejmuje Prezes „Szpital Św. Leona w Opatowie” Sp. z o. o. uwzględniając w miarę możliwości dokonanie wyboru zakładu przez osobę ubiegającą się o przyjęcie.
4. Kierownik Zakładu powiadamia osobę zainteresowaną o terminie przyjęcia do zakładu.
5. Osoby oczekujące na miejsce w Zakładzie umieszcza się na **LIŚCIE OSÓB OCZEKUJĄCYCH** prowadzonej przez kierującego ZOL.
6. **Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał powyżej 40 punktów, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.**

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

Podstawa prawna rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 731)

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:.....
Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....
Miejscowość, data.....
Podpis świadczeniobiorcy
lub opiekuna prawnego

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 731)

WYWIAD PIELĘGNIARSKI**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 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

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pacjent imię nazwisko, PESEL _____

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 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, póź. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, póź. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.
W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 731)

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 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

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

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

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz. U. z 2015 r. poz. 1658)

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje 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-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje 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-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzuje 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 moc	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	

.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarze zakładu opiekuńczego

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

OŚWIADCZENIE

Ja.....legitymujący/a się dowodem
 osobistym seria i numer.....wydany przez.....
 urodzony/a.....w.....PESEL.....
 imiona rodziców.....nazwisko panieńskie.....
 zamieszkały.....
telefon kontaktowy.....

Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Pana/ią.....pokrewieństwo.....zamieszkały/a.....
 tel. kontaktowy.....

Wyrażam zgodę na:

1. pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Opatowie prowadzonym przez Szpital Św. Leona Sp. z o. o. począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia
2. potrącenie opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia (decyzja nr)
3. potrącanie opłaty za pobyt (koszty wyżywienia i zakwaterowania) w w/w Zakładzie przez Ośrodek Pomocy Społecznej ze świadczenia (decyzja nr.....)
4. na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu przyjęcia i przebywania w ZOL (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych- Dz. U. 2016 r. poz. 922).

Oświadczam że:

1. środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
2. przedłożyłem/am dokumenty potwierdzające mój dochód ze wszystkich źródeł
3. zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakładu o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej, a w szczególności o zmianie wysokości dochodu
4. zobowiązuję się do niezwłocznego opuszczenia Zakładu po ustaleniu terminu wypisu
5. moim lekarzem rodzinnym jest:

Nazwa Przychodni.....

Ares Przychodni.....

6. pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest:

Nazwa Przychodni.....

Adres Przychodni.....

.....
 Miejscowość, data

.....
 Podpis świadczeniobiorcy
 lub opiekuna prawnego

Szpital Św. Leona Sp. z o.o.

Ul. Szpitalna 4, 27-500 Opatów

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy

Tel.: 535373677

UWAGA!!!

UZUPEŁNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DO ZOL w celu wpisania do kolejki oczekujących. Obowiązkowo!

Do skierowania należy dołączyć podstawowe badania:

- Analiza moczu,
- Morfologia,
- OB,
- HBS,
- Badanie kału w kierunku Salmonelli i Shigelli,
- WR-u pacjentów przed 75 rokiem życia.

PONAD TO:

1. Karta informacyjna z pobytów w szpitalu-ksero.
2. Kserokopia dowodu osobistego (dane osobowe, meldunek stały).
3. Kserokopia decyzji emerytalno-rentowej.
4. Ostatni odcinek świadczenia emerytalno-rentowego.
5. Kserokopia legitymacji emeryta-rencisty lub inny dokument potwierdzający ubezpieczenie społeczne, w przypadku braku legitymacji zaświadczenie z ZUS/KRUS o wysokości pobieranego świadczenia.