

.....
pieczęć przychodni

.....
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego
dla potrzeb ubiegania się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy
we Włoszakowicach**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy im. Wernera Kenkel we Włoszakowicach:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. PESEL:

4. Informacje o stanie zdrowia (w tym pobierane leki i dawkowanie):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu (dotyczy osób z niepełnosprawnością ruchową):

.....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy (proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce)?

TAK ☐ NIE ☐

Przeciwwskazaniami do uczestnictwa w ŚDS są:

- *potrzeba indywidualnej opieki i pomocy w czynnościach samoobsługowych (placówka nie zapewnia tzw. opieki jeden na jeden),*
- *choroba zakaźna lub inne dolegliwości uniemożliwiające czynne uczestnictwo w zajęciach terapeutyczno-rehabilitacyjnych,*
- *skłonności do zachowań zagrażających zdrowiu i życiu własnemu oraz innym osób.*

.....
pieczęć i podpis lekarza

**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO UCZESTNICTWA
w Środowiskowym Domu Samopomocy we Włoszakowicach**

Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Bartel:

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

L/p	Nazwa czynności*/	Wartość punktowa**/
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść (karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię) 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy sadzaniu 5 = pomoc fizyczna w jedną lub dwie osoby 10 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 10 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta z toalety w ogóle 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = niezależny w dotarciu do WC oraz zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = kąpiel w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się w ogóle 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego na odległość > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić po schodach nawet przy pomocy 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = potrzebuje kompletnej pomocy 5 = potrzebuje częściowej pomocy 10 = samodzielny, niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji***/		

.....
data, pieczętka i podpis pielęgniarki

*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,

***w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów.