*Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 49/2019 Dyrektora MOPS z dnia 30..08.2019r.*

|  |
| --- |
|  |

*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

 dot. osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

***Skierowanie osoby do domu pomocy społecznej następuje w sytuacji, gdy osoba wymaga całodobowej opieki i pielęgnacji z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy ze strony rodziny lub w formie usług opiekuńczych, a dalsze funkcjonowanie w środowisku zamieszkania, po wyczerpaniu wszystkich możliwości pomocy, może stanowić zagrożenie życia i zdrowia dla tej osoby. Wskazane przesłanki muszą wystąpić łącznie.***

|  |
| --- |
| 1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………...................…………....

Dat urodzenia ………………………………………………Miejsce zamieszkania ……………………………………………………………….……………………..…………….. |
| 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej *(opis w języku polskim):*

……………………………………………………………………………………………………………………….……Choroby współistniejące …………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| 1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. Zakres wymaganej opieki i pielęgnacji :
	* 1. osoba jest **leżąca\*,** porusza się: **samodzielnie\*, o kulach, na wózku inwalidzkim\*, z pomocą drugiej osoby\*;**
		2. **przyjmuje pokarmy** samodzielnie**\***, jest karmiona przez drugą osobę**\***, jest karmiona zgłębnikiem**\***, wymaga stosowania diety**\*** (jakiej) ………………………………………………….……………………..……………………
		3. **rodzaje ograniczenia innych czynności\***: mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych, wentylowanie mechaniczne, inne -wymienić jakie ………….……………...………………………………..………… ………………………………………………………………………………………………………………..…………
		4. rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia**\***, tygodnia**\***, miesiąca**\***……………………………………………………………………..…………..………………...…………………………………………………………………………………………………………………………..
 |
| 1. Jest osobą, która nie wymaga leczenia szpitalnego : TAK NIE

 Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki i nie może funkcjonować w warunkach domowych :  stale TAK NIE okresowo TAK NIE Może funkcjonować w warunkach domowych przy pomocy wsparcia w formie usług opiekuńczych  w miejscu zamieszkania : TAK NIE |
| 6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej? TAK NIE***Przeciwwskazaniem do umieszczenia w domu pomocy społecznej jest: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej lub osób z jej otoczenia oraz gruźlica w stadium zakaźnym.***Czy aktualnie stwierdza się:a) chorobę zakaźną: TAK NIEb) gruźlicę TAK NIE , jeśli tak to czy w stadium zakaźnym? TAK NIEc) padaczkę TAK NIEd) chorobę psychiczną TAK NIE  e) narkomanię .Osoba ubiegająca się stanowi zagrożenie dla siebie TAK NIE / dla otoczenia TAK NIEjeśli tak to dlaczego ……………………………………………………………………………………………………….….. |
| 7. Czy istnieje konieczność konsultacji przez : Lekarza psychiatrę (w przypadku występowania choroby psychicznej) TAK NIEPsychologa (w przypadku upośledzenia umysłowego) TAK NIE |
| 1. Na podstawie badania lekarskiego i dokumentacji medycznej osoba kwalifikuje się do:
2. skierowania do domu pomocy społecznej na pobyt całodobowy o profilu:

 dla osób w podeszłym wieku, dla osób przewlekle somatycznie chorych, dla osób przewlekle psychicznie chorych\*\*, dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie\*\*\*, dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie\*\*\*, dla osób niepełnosprawnych fizycznie, osób uzależnionych od alkoholu.Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej : pielęgnacja chorych  rehabilitacja lecznicza pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi  badania i terapia psychologiczna leczenie, badanie i porady lekarskie  działania zapobiegawcze1. skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego TAK NIE
2. skierowanie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego TAK NIE
 |

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

 (Miejscowość i data ) (podpis i pieczęć lekarza)

*\* niepotrzebne skreślić*

*\* \* w przypadku występowania choroby psychicznej, do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry,
a jeśli sytuacja zdrowotna tego wymaga – zaświadczenie psychologa,*

*\*\* \* w przypadku występowania upośledzenia umysłowego, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa,. a jeśli sytuacja zdrowotna tego wymaga – zaświadczenie lekarz psychiatry.*