



---

**Niepubliczny Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Klimusin 24, 21-050 Piaski**

tel. kom. + 48 88 27 71 044

tel. stac. + 48 81 582 12 22

tel. kom.: + 48 690 624 539, + 48 690 629 044

e-mail: [nzpo-klimusin@wp.pl](mailto:nzpo-klimusin@wp.pl)

www: <http://podzlotymliściem.pl>

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-  
-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniobiorcy

**Załączniki:**

- 1) Wywiad pielęgniarski i Zaświadczenie lekarskie
- 2) Skierowanie do Zakładu
- 3) Karta oceny świadczeniobiorcy
- 4) Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego
- 5) Leczenie schorzeń przewlekłych Pacjenta

\* Niepotrzebne skreślić.

# WYWIAD PIEŁĘGNIARKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

### 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 <sup>\*/\*\*</sup> .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię i nazwisko  
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa  
wykonywania zawodu

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko  
lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania  
zawodu

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 2055 oraz z 2022 r. poz. 655) 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 2019 r. poz. 886 oraz z 2022 r. poz. 974), zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

**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<sup>\*</sup>)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca<sup>\*\*</sup> .....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)<sup>\*</sup>

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)<sup>\*\*\*</sup>

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)<sup>\*\*\*</sup>

**– do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego<sup>\*</sup>.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

.....  
\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1)</sup>

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel <sup>2)</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Bartel

Lp.	Czynność <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	

7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>	

### Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym<sup>1)</sup>

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

.....  
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu  
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu  
opiekuńczego, oraz jego podpis<sup>6)</sup>

.....  
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu  
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki  
zakładu opiekuńczego, oraz jej podpis<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

<sup>6)</sup> Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

# Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: ..... miesiąc: ..... rok: .....		

<b>Rozpoznanie (wg ICD – 10):</b>		
1.	<b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>	NRS lub SGA <span style="float: right;">BMI</span>
2.	<b>Szczegółowa ocena stanu odżywienia</b>	
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej <input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
	<b>Możliwe skuteczne odżywianie doustne</b>	<input type="checkbox"/> nie <span style="float: right;">Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9</span>
	<b>Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego</b>	<input type="checkbox"/> nie <span style="float: right;">Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9</span>
3.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	<b>Dostęp dojelitowy</b>	złębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia ..... <input type="checkbox"/> jejunostomia .....
5.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17 ) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6.	<b>Dostęp pozajelitowy</b>	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....
7.	<b>Cel leczenia żywieniowego:</b>	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :</b>	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9.	<b>Dni leczenia żywieniowego:</b>	żywienie dojelitowe dni ..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni ..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....

.....  
Pieczętka i podpis lekarza leczącego

.....  
Pieczętka i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego

## Leczenie schorzeń przewlekłych pacjenta

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Lp.	Nazwa poradni specjalistycznej udzielającej pacjentowi świadczeń-leczenie chorób przewlekłych	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej, w której mieści się poradnia specjalistyczna
1		
2		
3		
4		

Lp.	Choroby przewlekłe – lista	Rodzaj choroby
1	Choroby autoimmunologiczne	<input type="checkbox"/> wrzodziejące zapalenie jelita grubego <input type="checkbox"/> toczень rumieniowaty <input type="checkbox"/> choroba Leśniowskiego-Crohna <input type="checkbox"/> celiakia
2	Choroby układu krążenia	<input type="checkbox"/> niewydolność serca <input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca
3	Choroby układu oddechowego	<input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> przewlekła obturacyjna choroba płuc
4	Choroby psychiczne	

5	Cukrzyca	
6	HIV/AIDS	
7	Nowotwory	
8	Osteoporoza	
9	Otyłość	
10	Padaczka	
11	Reumatoidalne zapalenie stawów	
12	Stwardnienie rozsiane	
13		
14		
15		

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą i wyczerpujące.

Miejscowość i data oraz czytelny podpis

Pieczczęć, miejscowość i data oraz czytelny podpis  
pracownika Zakładu

\* Właściwie zaznaczyć.