

INDYWIDUALNY ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH Z ZADAŃ WŁASNYCH

1. Nazwisko i imię Usługobiorcy:

Adres zamieszkania: Nr domu: Nr mieszkania:

PESEL: nr telefonu: nr tel. kom.

2. Przyznany wymiar świadczenia usług:

• w dni powszednie:	
• w dni wolne od pracy i święta:	

3. Stopień sprawności podopiecznego:

	sprawny ruchowo
	częściowo sprawny ruchowo
	leżący

4. Sytuacja rodzinna osoby niesamodzielnej:

	samotnie zamieszkująca, pozbawiona wsparcia rodziny
	samotnie zamieszkująca, ale mogąca liczyć na częściowe wsparcie rodziny zamieszkałej w Słupsku lub okolicach
	zamieszkująca z rodziną/lub inną osobą

5. W przypadkach losowych powiadomić:

.....

6. Wybrany lekarz pierwszego kontaktu:

.....

7. Pielęgniarka środowiskowa:

.....

I. Pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych:

L.p.	Zakres usług	Częstotliwość wykonywanych czynności		
		W tygodniu	Inny wymiar	W dni wolne i święta
1.	Dokonywanie zakupów artykułów spożywczych i innych niezbędnych w gospodarstwie domowym lub towarzyszenie przy ich dokonywaniu, w najbliższej okolicy. (bezwzględny obowiązek Opiekuna jest bieżące rozliczanie się z Usługobiorcą z powierzonych środków finansowych oraz prowadzenie dokumentacji w tym zakresie)	spożywcze		
		przemysłowe		
		leki		
2.	Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, dostępie do świadczeń zdrowotnych, opłaceniu rachunków.			
3.	Przygotowanie posiłków lub pomoc przy przygotowaniu posiłków	śniadanie		
		obiad		
		kolacja		
4.	Dostarczenie, podgrzanie, podanie obiadu, dowóz obiadu			
5.	Pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie	śniadanie		
		obiad		
		kolacja		
6.	Pomoc w utrzymaniu porządku i czystości w najbliższym otoczeniu	W tygodniu		Inny wymiar
	• wynoszenie śmieci			
	• dbałość o czystość naczyń stołowych i kuchennych			
	• odkurzanie odkurzaczem lub zamiatanie miotłą			
	• zmywanie podłogi mopem			
	• wycieranie kurzu			
	• sprzęt pomocniczy medyczny – higieniczny			
	• kuchnia ¹			
	• łazienka /toaleta ¹			
	• Inne			
8.	Mycie okien i wieszanie firan (2 razy w roku) ¹ 1 pomieszczenie główne wskazane przez podopiecznego – kuchnia			
9.	Pranie odzieży i bielizny pościelowej w pralce. ¹			
10.	Zanoszenie i odbiór rzeczy z pralni. ¹			
11.	Przynoszenie opału, palenie w piecu, wynoszenie popiołu ¹			
12.	Czynności dotyczące aktywnego zagospodarowania czasu wolnego, zgodnie z preferencjami odbiorcy usług, t.j.:			
13.	Pomoc przy przemieszczaniu się w obrębie mieszkania			

II. Usługi o charakterze pielęgnacyjnym i higienicznym:

L.p.	Zakres usług		Częstotliwość wykonywanych czynności		
			W tygodniu	Inny wymiar	Dni wolne, święta
1.	• toaleta ciała	w łóżku specjalistycznym ²			
		w wannie/pod prysznicem, z zastosowaniem pomocniczego sprzętu ³			
	• mycie głowy	w łóżku z zastosowaniem pomocniczego sprzętu ²			
		w łazience ³			
1.	• sprzątnięcie po czynnościach higienicznych				
	• pielęgnacja jamy ustnej/czyszczenie protez zębowych				
	• higiena i obcinanie paznokci rąk i nóg (nie dot. diabetyków)				
	• golenie/golarka elektryczna lub jednorazowa				
2.	Pomoc przy ubieraniu się/zmiana bielizny osobistej				
3.	Zmiana bielizny pościelowej				
4.	Prześcielenie łóżka ^{2,3}				
5.	Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych:				
	• doprowadzenie do toalety lub krzesło toaletowe				
	• zakładanie i zmiana pampersów, podkładów ^{2,3}				
	• opróżnienia worka urologicznego, stomijnego				
6.	Wykonywanie podstawowych czynności pielęgnacyjnych				
	• czynności zapobiegające powstawaniu odleżyn i odparzeń ²				
	• mierzenie temperatury ciała, ciśnienia, tętna, poziomu cukru, inhalacje (sprzęt diagnostyczny zapewnia podopieczny)				
	• oklepywanie				
7.	Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i innych zleconych przez lekarza , jako uzupełnienie pielęgnarskiej opieki środowiskowej:				
	• układanie chorego w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji ciała ²				
	• pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo - smarowanie				
	• zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów				
	• pilnowanie przyjmowania leków				
8.	Przełożenie z łóżka na wózek inwalidzki przy pomocy sprzętu pomocniczego				
9.	Zamawianie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych umawianie wizyt zabiegów, powtórka leków				

III. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:

L.p.	Zakres usług	Częstotliwość wykonywanych czynności	
		W tygodniu	Inny wymiar
1.	Towarzyszenie Usługobiorcy w trakcie załatwiania spraw poza miejscem zamieszkania		
2.	Pośredniczenie w kontaktach podopiecznego z pracownikami MOPR w Słupsku.		
3.	Zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu		
	Pomoc w organizowaniu czasu wolnego oraz kontaktach z najbliższym otoczeniem i środowiskiem		
	Towarzyszenie podczas spacerów w drodze do i z placówek usługowych, kulturowych i rekreacyjnych		
	Utrzymanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, z osobami z bliskiego otoczenia		

Data sporządzenia:

.....
(podpis pracownika socjalnego)

.....
(podpis pracownika Działu Usług
Opiekuńczych i Specjalistycznych)

.....
(podpis Usługobiorcy lub prawnego opiekuna)

1. wsparcie dla osoby zamieszkującej samotnie;
2. wsparcie dla osoby leżącej;
3. wsparcie dla osoby częściowo sprawnej ruchowo.

porządzono w 3 egz.:

Egz. nr 1 – Usługobiorca.

Egz. nr 2 – Zespół pracy socjalnej.

Egz. nr 3 – Dział Usług Opiekuńczych i Specjalistycznych MOPR w Słupsku.