



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość..... Data.....

Zaświadczenie Lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania (pobytu)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....
.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)

.....
.....

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

8. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1) osoba leżąca*, porusza się samodzielnie*, o kulach*, na wózku inwalidzkim*, z pomocą drugiej osoby*;

2) przyjmuje pokarmy samodzielnie*, jest karmiona przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety* (jakiej?)
.....
.....

3) rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....
.....

4) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia:
.....
.....

5) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*:
.....
.....

6) częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*
.....
.....

9. Czy aktualnie stwierdza się:

chorobę zakaźną (jaką):.....

gruźlicę płuc lub innych narządów.....

chorobę weneryczną.....

utrata wzroku: **tak/nie**, w jakim stopniu.....

padaczkę.....

chorobę psychiczną: **tak/nie**, jaką.....

uzależnienie od alkoholu: **tak/nie**, jeżeli **tak** to:

- czy osoba ukończyła terapię?: **tak/nie** (dlaczego?), kiedy?
.....

- czy zachowuje abstynencję?: **tak/nie**, od kiedy

czy chory może stwarzać niebezpieczeństwo: dla siebie: **tak/nie**, dla innych: **tak/nie**

dlaczego.....

10. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/ nie wymaga skierowania do:

- domu pomocy społecznej
(dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)
- zakładu opiekuńczo – leczniczego
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)
- placówki pielęgnacyjno – opiekuńczej
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

11. Stan zdrowia i możliwości psychofizyczne pozwalają na umieszczenie w DPS dla:**

- osób w podeszłym wieku
- osób przewlekle somatycznie chorych
- osób przewlekle psychicznie chorych
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- osób niepełnosprawnych fizycznie
- osób uzależnionych od alkoholu

/ zakreślić jeden typ/

*niepotrzebne skreślić

****UWAGA:**

1. **W przypadku występowania choroby** psychicznej i/lub uzależnienia od alkoholu u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.
2. **W przypadku występowania upośledzenia umysłowego** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa.
3. **Jeżeli osobę, u której występują zaburzenia psychiczne i/lub uzależnienie od alkoholu kieruje się do domu innego typu niż odpowiednio dla przewlekle psychicznie chorych/uzależnionych od alkoholu** do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry o braku przeciwwskazań do umieszczenia w danym typie domu, a w przypadku osób uzależnionych także zaświadczenie o ukończeniu terapii. **Przy czym osobę bez utrwalonej abstynencji kieruje się do domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu bez względu na współwystępujące schorzenia.**

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie