

DIAGNOZA POTRZEB

Celem diagnozy jest określenie sytuacji i potrzeb opiekuna osoby z niepełnosprawnością/niesamodzielnej ze względu na wiek lub chorobę, ubiegającego się o usługę opieki wytchnieniowej oraz jej podopiecznego. W każdym z punktów należy wskazać właściwą odpowiedź lub odpowiedzi albo krótko opisać problemy lub potrzeby, zgodnie ze stanem rzeczywistym. Odpowiedzi zostaną zweryfikowane przez przedstawiciela Fundacji Hospicyjnej w Gdańsku.

INFORMACJE O OPIEKUNIE

Imię i nazwisko opiekuna:	
PESEL:	

1. Korzystanie z dostępnych form wsparcia:

Czy korzysta Pan/i jako osoba sprawująca opiekę nad bliskim z jakichś form wsparcia: TAK NIE

Jeśli tak, to z jakich (należy wskazać wszystkie, z których opiekun i podopieczny korzystają aktualnie lub korzystali w ciągu ostatnich 12 miesięcy):

- opieka wytchnieniowa TAK, kiedy: _____ NIE
- asystent osoby z niepełnosprawnością TAK, kiedy: _____ NIE
- wizyty pracownika socjalnego TAK, kiedy: _____ NIE
- wizyty pielęgniarki środowiskowej TAK, kiedy: _____ NIE
- wizyty wolontariuszy TAK, kiedy: _____ NIE
- wsparcie finansowe w postaci świadczenia TAK, kiedy: _____ NIE
- inne, jakie: _____

2. Sytuacja rodzinna

Należy wskazać liczbę osób, które sprawują opiekę i liczbę podopiecznych

- liczba osób z rodziny, które mogą być zaangażowane w opiekę:
- liczba osób z rodziny, które są zaangażowane w opiekę:
- liczba osób spoza rodziny (znajomi, sąsiedzi itp.), które pomagają w opiece
- jestem jedynym opiekunem TAK NIE
- mam pod swoją opieką: (należy wpisać liczbę podopiecznych).

3. Stopień pokrewieństwa osoby lub osób sprawujących opiekę z podopiecznym

Należy wskazać, kim dla podopiecznego jest osoba lub są osoby, sprawujące opiekę:

- rodzice dziecko
- rodzeństwo wnuk/wnuczka
- dziadkowie teściowie
- inna osoba pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym, kto?:

4. Inne obowiązki rodzinne

Czy ma Pan/i obowiązki wobec innych, zdrowych członków rodziny (np. opieka nad dzieckiem/ dziećmi):

TAK NIE Jeśli tak, to iloma:

5. Stopień obciążenia innymi obowiązkami

Należy wskazać inne obowiązki, które oprócz sprawowania opieki musi Pan/i wykonać każdego dnia i które są trudne do połączenia z opieką:

- obowiązki zawodowe
- opieka nad zdrowym dzieckiem/ zdrowymi dziećmi
- obowiązki w prowadzonym gospodarstwie rolnym
- inne, jakie: _____
- nie mam obowiązków, trudnych do połączenia ze sprawowaniem opieki

6. Aktywność zawodowa

Należy wskazać, czy jest Pan/i osobą aktywną zawodową i w jakim wymiarze, jeśli tak:

- własna działalność gospodarcza
- zatrudnienie u pracodawcy: w pełnym wymiarze etatu/ na część etatu
- praca we własnym gospodarstwie rolnym
- uczeń/ student
- emeryt/rencista
- bezrobotny, od jakiego czasu: _____

7. Łączenie opieki z pracą

Należy wskazać, w jakim stopniu Pani/ Panu udaje się łączyć opiekę nad podopiecznym z obowiązkami zawodowymi (*jeśli to Pani/ Pana dotyczy*)

- nie mam problemów, jestem aktywna/y zawodowa
- ograniczam etat
- pracuję jedynie dorywczo
- korzystam z pomocy osoby, która mnie zastępuje, kiedy jestem w pracy
- myślę o zmniejszeniu zaangażowania w pracy/ godzin pracy
- myślę o rezygnacji z pracy
- ze względu na konieczność sprawowania opieki zrezygnowałam/ zrezygnowałem z pracy
- nie pracuję od narodzin chorego dziecka/ początku niesamodzielności bliskiego,
jak długo: _____

8. Zdrowie opiekuna

Należy określić stan swojego samopoczucia i stanu zdrowia

• Stan zdrowia:

- czuję się dobrze, jestem w pełni sprawna/y, opieka nie wpływa negatywnie na moje zdrowie
- czasami jestem zmęczona/y, ale raczej nie mam poważnych kłopotów zdrowotnych
- czuję się źle, wymagam stałej opieki lekarskiej ze względu na zły stan zdrowia
- wymagam operacji/opieki ambulatoryjnej/rehabilitacji zdrowotnej w sanatorium

• Nastrój:

- czasami jest mi smutno, ale to szybko mija
- coraz częściej czuję smutek
- bardzo często jest mi smutno i nie mam siły na codzienne obowiązki
- jestem pod opieką psychologa/psychiatry

9. Sytuacja społeczna

Należy ocenić i wskazać, w jaki sposób sprawowanie opieki wpływa na możliwości kontaktów Pani/ Pana z innymi osobami lub realizowania dodatkowych zajęć, zainteresowań itp.:

- mimo sprawowania opieki mam czas na spotkania ze znajomymi, realizowanie swoich zainteresowań/ planów
- sprawowanie opieki ogranicza mi trochę spotkania ze znajomymi, mam mniej czasu na swoje zainteresowania/ plany
- sprawowanie opieki bardzo ograniczyło możliwości spotkań ze znajomymi/ czas na moje zainteresowania/plany
- z powodu sprawowania opieki (niemal) całkowicie zrezygnowałam/em ze spotkań ze znajomymi i realizacji moich zainteresowań/planów

10. Sytuacja socjalna

Należy ocenić warunki mieszkaniowe, w których sprawowana jest opieka i Pani/ Pana sytuację finansową. W przypadku złych warunków mieszkaniowych należy podkreślić wymienione, które Pani/ Pana dotyczą lub wpisać inne niż wymienione, które występują w mieszkaniu, w którym sprawowana jest opieka:

• Warunki mieszkaniowe

- mam bardzo dobre warunki mieszkaniowe, niczego nie brakuje
 - mam raczej dobre warunki mieszkaniowe,
 - mam raczej złe warunki mieszkaniowe, ale: brakuje np. ciepłej wody, dostępu do mediów, centralnego ogrzewania, windy (podopieczny korzysta z wózka inwalidzkiego), inne, jakie:
-

- mam złe warunki mieszkaniowe, mieszkanie/ dom wymaga remontu, Brakuje np. miejsca dla wszystkich, dostępu do łazienki i toalety, ciepłej/ bieżącej wody. Inne problemy, jakie:
-

• **Sytuacja finansowa:**

- nie mam problemów finansowych
- raczej radzę sobie finansowo, stać mnie na zaspokojenie podstawowych potrzeb oraz niezbędne wydatki związane z opieką
- jestem w trudnej sytuacji finansowej, ledwo wystarcza mi na miesięczne wydatki, korzystam z pomocy innych, zaciągam pożyczki/kredyty/chwilówki
- jestem w bardzo trudnej sytuacji finansowej, brakuje mi środków na codzienne potrzeby, opłaty, utrzymujemy się z: _____

INFORMACJE O PODOPIECZNYM

Imię i nazwisko:		
PESEL:		
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> Polskie <input type="checkbox"/> Inne, jakie _____	

1. Rodzaj niepełnosprawności/niesamodzielnności ze względu na zaawansowany wiek lub chorobę:

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo-rdzeniowa)
 TAK NIE
- dysfunkcja narządu wzroku TAK NIE
- zaburzenia psychiczne TAK NIE
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym TAK NIE
- dysfunkcja narządu mowy i słuchu TAK NIE
- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne TAK NIE

2. Orzeczenie o niepełnosprawności* TAK NIE

3. Jeśli tak, należy wskazać przyczynę niepełnosprawności wskazaną w orzeczeniu:

- 01-U upośledzenie umysłowe
- 02-P choroby psychiczne
- 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O choroby narządu wzroku
- 05-R upośledzenie narządu ruchu
- 06-E epilepsja
- 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T choroby układu pokarmowego

- 09-M choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N choroby neurologiczne
- 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenie enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego
- 12-C całkowite zaburzenia rozwojowe

*w przypadku, gdy podopiecznym jest osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia

4. Czynności opiekuńcze, w których w szczególności wymagane jest wsparcie:

- czynności samoobsługowe (ubieranie się, jedzenie, toaleta): TAK NIE
- czynności pielęgnacyjne (mycie głowy, ciała i kąpiel, obcinanie paznokci, golenie, itp.): TAK NIE
- przemieszczanie się: TAK NIE
- komunikowanie się z otoczeniem: TAK NIE
- inne, jakie:

5. Informacje na temat ograniczeń podopiecznego w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

INDYWIDUALNA ŚCIEŻKA WSPARCIA

Celem tej części formularza jest ustalenie potrzeb Pani/ Pana jako opiekuna oraz Pani/ Pana podopiecznego, co do zakresu i częstotliwości usług opieki wytchnieniowej domowej, realizowanej w domu podopiecznego lub stacjonarnej, realizowanej w Centrum Opieki Wytchnieniowej w Gdańsku, od czerwca 2023 r.

1. Oczekiwana forma i wymiar czasowy opieki wytchnieniowej:

- domowa (liczba godzin): _____, z jaką częstotliwością (ile/ które dni w tygodniu, jak często):

- stacjonarna (liczba dni): _____

2. Oczekiwania wobec opiekuna, który ma realizować opiekę wytchnieniową (w przypadku opieki domowej):

Należy wpisać, jeśli z jakiegoś powodu są takie oczekiwania:

Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Wiek:	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Stopień komunikowania się w języku polskim: (w przypadku osoby innej narodowości)		<input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> biegły <input type="checkbox"/>	
Inne np.: zainteresowania, umiejętności		<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>	

3. Wskazanie opiekuna, który ma realizować opiekę wytchnieniową:

W przypadku opieki domowej możliwe jest wskazanie przez podopiecznego lub jego opiekuna faktycznego (rodzinnego) osoby, która ma realizować opiekę wytchnieniową, pod warunkiem, że nie jest to członek rodziny podopiecznego. Podopieczny potwierdza pisemnie taką wolę osobiście lub poprzez swojego opiekuna prawnego. Dopuszcza się podpisanie dokumentu przez opiekuna faktycznego podopiecznego, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome zawarcie kontraktu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

Imię i nazwisko wskazanego opiekuna formalnego: _____

Dane kontaktowe: . _____

4. Potrzeba wsparcia przez wolontariuszy

Należy wskazać, czy potrzebuje Pan/i dodatkowego wsparcia ze strony wolontariuszy

TAK NIE

5. Jeśli tak, należy wskazać zakres potrzebnego/ oczekiwanego wsparcia wolontariuszy:

wsparcie w czynnościach samoobsługowych podopiecznego, w tym: w przygotowaniu, spożywaniu posiłku, przemieszczeniu się, zmianie pozycji, itp.

towarzyszenie i wspólne spędzanie czasu z podopiecznym w miejscu zamieszkania lub najbliższym jego otoczeniu

wsparcie opiekuna w prowadzeniu gospodarstwa domowego, m.in. w porządkach, bieżących zakupach

wsparcie innych członków rodziny opiekuna, m.in. opieka nad zdrowymi dziećmi, pomoc im w nauce, pomoc w zaprowadzeniu dzieci do szkoły

inne, jakie:

WERYFIKACJA

Część formularza wypełniania przez przedstawiciela Fundacji, po potwierdzeniu spełnienia wymogów dotyczących korzystania z usług opieki wytchnieniowej

Opieka wytchnieniowa zostaje przyznana:

tak

nie

Inne:

Opiekun z podopiecznym zostają wpisani na listę rezerwową

Data i podpis opiekuna

Podpis podopiecznego (jeśli możliwy)

Data i podpis przedstawiciela Fundacji Hospicyjnej

Wg załącznika nr 6 do Programu Ministerstwa Rodziny Pracy
i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa – edycja 2019”

Kartę wypełnia osoba sprawująca w domu opiekę nad bliskim,
przy jej wypełnianiu zaleca się skorzystanie z pomocy pielęgniarki lub lekarza

KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta/ PESEL:

Lp.	NAZWA CZYNNOCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta w ogóle z toalety 5 = potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = w ogóle nie porusza się 5 = porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10 = samodzielny	

8.	Ubieranie się i rozbieranie 0 = potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***		

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby wypełniającej

* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan podopiecznego i podkreślić
** wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
*** w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów