**Załącznik nr 3 -ankieta kwalifikacyjna- WYŁĄCZNIE DLA OSÓB, KTÓRE W FORMULARZU APLIKACYJNYCM (ZAŁ. 1) ZAZNACZĄ POTRZEBĘ UDZIAŁU W TURNUSACH DZIENNYCH/CAŁODOBOWYCH W RAMACH OPIEKI WYRĘCZAJĄCEJ/WYTCHNIENIOWEJ – stanowiące załącznik nr 3**

**1. DANE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY NIESAMODZIELNEJ**

* 1. **Stopień upośledzenia umysłowego: ...............................................................**
  2. **Orzeczenie o niepełnosprawności: Tak / Nie[[1]](#footnote-1)\* stopień:................................................... typ: ....................................................**
  3. **Dotychczasowa edukacja: Tak / Nie\***
  4. **Edukacja:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | RODZAJ SZKOŁY | ADRES | **POZIOM ZAAWANSOWANIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. **Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Imię i Nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Status zawodowy** | **Rodzaj dochodu** |
| **1** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. **Średni miesięczny dochód netto (na rękę) na jednego członka rodziny:….................................................... zł**
  2. **Status prawny Podopiecznego\*:**

a) niepełnoletni w opiece rodzicielskiej

b) niepełnoletni w opiece zastępczej

c) inny………………………………..

* 1. **Czy Podopieczny korzysta / korzystał z pomocy psychologicznej? TAK/NIE\***

Jeśli tak, to w jakiej formie? ………………………………………………….

* 1. **Czy rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej ? TAK/NIE\***Jeśli TAK, to jakich? ………………………………………………………  
     Prosimy o podanie nazwy i adresu Ośrodka Pomocy Społecznej:  
     ………………………………………………………………………………
  2. **Inne informacje:**

a) Czy podopieczny korzysta z metod komunikacji alternatywnej? TAK / NIE\*

Jeśli TAK, z jakiej metody ? **………………………………………………………**

b) Jeżeli to możliwe prosimy o podanie kontaktu do placówki / logopedy/ specjalisty pod którego opieką pozostaje Pacjent w zakresie komunikacji alternatywnej

…………………………………………………………………………………………

**3. DANE MEDYCZNE I REHABILITACYJNE**

1. **Imię i nazwisko ........................................................................................................................   
   data ur. ............../........../...............**
2. **Rozpoznanie:**

**............................................................................................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................................................................**

1. **Choroby współistniejące (uczulenia zmiany skórne itp.):**

**...........................................................................................................................................................................................................................................**

1. **Istotne zabiegi medyczne i rehabilitacyjne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rok | Rodzaj zabiegu | Rok | Rodzaj zabiegu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Środki farmakologiczne regularnie podawane:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa leku | Dawkowanie | LP | Nazwa | Dawkowanie |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Dane dotyczące historii leczenia ortopedycznego ( jeżeli było stosowane)**
2. **Dane dotyczące leczenia i zabiegów stomatologicznych ( jeżeli było stosowane)**

1. **Występowanie nagłych ataków lub innego rodzaju dolegliwości: TAK / NIE\***
2. **Dotychczasowe postępowanie w razie ataku epilepsji, pobudzenia psychoruchowego   
   lub innej dolegliwości:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj dolegliwości | Opis postępowania – środki farmakologiczne |
|  |  |
|  |  |

1. **Leki dodatkowe:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa leku | Dawkowanie | LP | Nazwa | Dawkowanie |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Rodzaj Diety:**

a)kuchenna ……………………………………………………………………

b) przemysłowa ( przez kogo przygotowywana ……………………………….)

Uwagi dot. żywienia: ......................................................................................................................................................................

1. **Sposób odżywiania**

a) fizjologicznie

b) sonda

c) gastrostomia

1. **Wymagania dotyczące korzystania ze środków higieny osobistej ( np. pieluchy, etc)**

1. **Korzystanie ze sprzętu ortopedycznego i wspomagającego:**

**.........................................................................................................................................................................................................................**

1. **Dodatkowe dane, mogące mieć znaczenie dla procesu kwalifikacji:**
2. **DANE DOTYCZĄCE POBYTU W CENTRUM**

Jestem zainteresowan/y udziałem mojego podopiecznego w turnusie:

1. Dziennym ( 20 dni, od pn do pt, w godz. 8-18.00)
2. Całodobowym ( 14 dni)
3. Obydwoma formami

1. Preferowany termin pobytu podopiecznego w Centrum ( prosimy o podanie 3 dogodnych,  
 14-dniowych terminów, w terminach od 1 do 14 lub 16 do 30 dnia miesiąca, lub/i okresu miesięcznego dla turnusu dziennego)

I. od do

II. od do

III. od do

2. Pobyt Podopiecznego w Centrum związany jest z:

a) odpoczynkiem Opiekuna

b) przyczynami medycznymi Opiekuna ( zabieg, rehabilitacja, diagnostyka)

c) innymi czynnościami nie możliwymi do wykonania podczas obecności Podopiecznego   
w domu. Jakimi? (np. remont domu) …………………………………………………………………………………………………

**5. OŚWIADCZENIA OPIEKUNA**

a)Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego podopiecznego i moich zawartych w niniejszej karcie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji i statystycznych (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz.U. nr 133 poz 883).

b) Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Centrum Opieki Wyręczającej dla Przewlekle i Nieuleczalnie Chorych Dzieci im. Hanny Chrzanowskiej w Krakowie oraz treścią Umowy o świadczenie opieki przez Centrum i w razie pozytywnego zakwalifikowania Podopiecznego do przyjęcia zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w aktów.

c) Oświadczam, że najpóźniej na 3 dni przed przyjęciem Podopiecznego do Centrum przedłożę w formie skanu / faxu / oryginału przesłanego listownie – zaświadczenie   
o stabilnym stanie zdrowia Podopiecznego wystawione przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub innego lekarza prowadzącego.

d) Oświadczam, że dane zawarte w ankiecie są prawdziwe. Jednocześnie, oświadczam, że znane są mi postanowienia Regulaminu Centrum, zgodnie z którymi podanie nieprawdziwych, niepełnych, zmienionych, lub celowo wprowadzających w błąd informacji mogących mieć znaczenie dla prowadzenia procesu opieki lub kwalifikacji stanowi bezwzględną przesłankę odmowy przyjęcia podopiecznego pod opiekę Centrum, a w razie trwania opieki przesłankę do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym, przy obciążeniu kosztami poniesionymi Opiekuna w całości.

e) Oświadczam, że osobiście lub wspólnie z najbliższymi członkami rodziny prowadzę codzienną opiekę nad Podopiecznym w domu.

f) Oświadczam, że znana jest mi forma prowadzenia opieki wyręczającej przez Centrum, które nie jest szpitalem, ani stacjonarnym hospicjum, a opieka wyręczająca ma charakter czasowy i nie wiąże się z prowadzeniem leczenia przyczynowego wobec schorzeń podstawowych.

**...........................................................................................................**

(podpis Opiekuna)

**6. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW**

W celu przeprowadzania dokładnego procesu kwalifikacji, a także dobrania efektywnych form opieki i zajęć dodatkowych dla Podopiecznego w czasie pobytu prosimy o przesłanie kopii następujących dokumentów ( Jeżeli są Państwo w ich posiadaniu):

a) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\*

b) Dokumenty poświadczające korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (decyzja, zaświadczenie) \*

c) Odpisy postanowień Sądu (opieka zastępcza, ubezwłasnowolnienie, piecza zastępcza, adopcja) \*

d) Kopia dowodu osobistego Podopiecznego \*

e) Opinia psychologiczna o Podopiecznym \*

g) Inne dokumenty mogące mieć znaczenie dla procesu kwalifikacji.

Jakie? ……………….

\* niepotrzebne skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jednostka kierująca:  pieczęć zakładu opieki zdrowotnej z numerem regon i numerem umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia |  | |
|  | Data: ................................................................ | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| SKIEROWANIEdo Hospicjum Domowego dla Dzieci | | |
|  |  | |
| **Proszę o objęcie domową opieką paliatywną dziecka :** | | |
| Imię i nazwisko: .......................................................................................................................... | | |
| PESEL (w razie braku data urodzenia): .............................................................................................. | | |
| Adres: .......................................................................................................................................... | | |
| ...................................................................................................................................................... | | |
| Telefon: ....................................................................................................................................... | | |
| Rozpoznanie: ............................................................................................................................... | | |
| ICD-10: ........................................................................................................................................ | | |
| **Choroba dziecka ma charakter nieuleczalny oraz postępujący i zgodnie z obecną wiedzą medyczną wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego.** | | |
|  | |  |
| Lekarz kierujący: .......................................................... | | pieczęć, podpis lekarza, data |
| ...................................................................................... | |
| Telefon: ....................................................................... | |
|  | |  |
| Ordynator: ................................................................... | | pieczęć, podpis ordynatora, data |
| ..................................................................................... | |
|  | |

UWAGI LEKARZA KIERUJĄCEGO:

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

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

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

1. \* zakreślić właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-1)