

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Sporządzony:.....

A: DANE OSOBOWE PACJENTA

Płeć		Imiona	
Nazwisko		Data urodzenia	
Stan cywilny		Wiek	
Obecny adres zamieszkania		Pesel	

B: ZDIAGNOZOWANE CHOROBY, SCHORZENIA ORAZ ICH OBJAWY

Choroba		Choroba	
Choroba		Choroba	
Choroba		Choroba	
Choroba		Choroba	

C: DANE KONTAKTOWE DO LEKARZA RODZINNEGO, SPECJALISTY

Nazwisko		Imię	
Adres gabinetu, poradni		Telefony do pracy	
Godziny i dni przyjęć		Telefon komórkowy	
Specjalista (imię i nazwisko)		Dane teleadresowe i telefon	

D: DANE TELEADRESOWE DO RODZINY PACJENTA

Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa		Telefon	
Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa		Telefon	
Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa		Telefon	
Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa		Telefon	

E:STAN URZĄDZEŃ ELEKTRYCZNYCH

Potencjalne zagrożenia	Poziom ryzyka	Niski	Średni	Wysoki
Czajnik				
Toster				
Żelazko				
Urządzenie umożliwiające poruszanie się				
Odkurzacz				
Pralka				
Suszarka				
Wentylator				
Inne				

F:MOBILNOŚĆ PODOOPIECZNEGO

Potencjalne zagrożenie	Poziom ryzyka	Niski	Średni	Wysoki
Ból przy poruszaniu				
Skurcze lub/i niekontrolowane ruchy				
Brak koordynacji lub niestabilność				
Historia upadków				
Niezależność mobilności				
Mobilność do/z łóżka				
Stabilność przy staniu				
Mobilność podczas leżenia(ręce,nogi)				
Mobilność do/z krzesła ,fotela				
Mobilność podczas ubierania				

G:STAN PODCZAS LEŻENIA W ŁÓŻKU

Potencjalne zagrożenie	Poziom ryzyka	Niski	Średni	Wysoki
Możliwość mobilności w sypialni przy łóżku				
Odpowiednia wysokość łóżka				

H:DOŚTĘPNOŚĆ DO ŁAZIENKI PRZEZ PODOOPIECZNEGO

Potencjalne zagrożenie	Poziom ryzyka	Niski	Średni	Wysoki
Dostęp do toalety				
Dostęp do wanny/prysznicza				

I:MOBILNOŚĆ PODOOPIECZNEGO DO WYKONYWANIA PRAC DOMOWYCH

Potencjalne zagrożenie	Niskie	Średnie	Wysokie	Uwagi
Gotowanie				Czy jest potrzebna pomoc?
Robienie zakupów				Czy jest potrzebna pomoc?
Ogólne prace porządkowe				Czy jest potrzebna pomoc?
Pranie				Czy jest potrzebna pomoc?
Ścielenie łóżka/zmiana pościeli				Czy jest potrzebna pomoc?
Zwierzeta(karmienie,spacery)				Czy jest potrzebna pomoc?

J:ZDOLNOŚCI INTERPERSONALNE PODOOPIECZNEGO

Potencjalne zagrożenie(psychologiczne)	Niskie	Średnie	Wysokie	Uwagi
Pacjent wykazuje wrogość i brak współpracy				
Nieprzewidywalność zachowań				
Problem z wykonywaniem podstawowych poleceń				
Niepokój,lęk				
Huśtawka emocjonalna, zmienność nastrojów				
Pacjent izoluje się społecznie od otoczenia				
Czy rodzina poprosiła o dodatkowy rodzaj opieki?				

Czytelny podpis osoby przeprowadzającej wywiad z pacjentem.....
i ustalającej plan opieki

Podpis.....

Data.....

ZDROWIE I BEZPIECZEŃSTWO PODOOPIECZNEGO

Sporządzony.....

A: DANE OSOBOWE PODOOPIECZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta	
Adres	
Data urodzenia	

B: OCENA RYZYKA-PLAN ZMIAN

Data oceny ryzyka	Zmiany od ostatniej oceny	Podpis
Zostałem w pełni poinformowany o konieczności i efektach wprowadzenia zmian w związku z oceną ryzyka bezpieczeństwa		Podpis pacjenta

C: ŚRODOWISKO ZEWNĘTRZNE

Potencjalne zagrożenie	Poziom ryzyka			Uwagi
	Niski	Średni	Wysoki	
Ocena otoczenia (sąsiedzi, osoby odwiedzające)				
Możliwość parkowania przez pracowników „Godność”				
Oświetlenie uliczne				
Dostęp i stan chodników				
Oświetlenie chodników				
Jakość dostępu i zabezpieczeń do mieszkania pacjenta				

D: ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE

Potencjalne zagrożenie	Poziom ryzyka			Dodatkowe uwagi
	Niski	Średni	Wysoki	
Jakość oświetlenia				
Stan podłóg				
Stan miejsca odpoczynku, snu				
Elektryczność, ogrzewanie, kominek				
Zwierzęta (rodzaj, ilość)				

E: RODZAJ OPIEKI (profesjonalna bądź inna)

- 1) Czy pacjent posiada opiekunkę/opiekuna? TAK NIE
- 2) Jak często opiekun/opiekunka odwiedza pacjenta?
- 3) Jaki jest związek pomiędzy pacjentem a opiekunem/opiekunką?
Rodzina Przyjaciel Inne
- 4) Czy opiekun/opiekunka nadzoruje przyjmowanie leków przez pacjenta? TAK NIE
- 5) Czy pacjent mieszka sam? TAK NIE
- 6) Czy pacjent może samodzielnie otworzyć drzwi od mieszkania? TAK NIE
- 7) Czy pacjent może samodzielnie korzystać z telefonu? TAK NIE

F: DOSTĘP DO LEKARSTW

- 1) Jak często odwiedza pacjenta lekarz rodzinny?
- 2) Kto zajmuje się receptami i skierowaniami dla pacjenta od lekarza pierwszego kontaktu?
- 3) Czy pacjent korzysta z leków bez recepty? Jeśli tak to kto je wykupuje?

G: STAN ZDROWIA PACJENTA

Mowa	Trudna w zrozumieniu	Mamrotanie	Powolna	Dobra
Mobilność	Łóżko/Krzesło	Niestabilna	Powolna	Dobra
Ruchliwość	Potrzebuje wsparcia	Oslabienie kończyn	Chwiejna	Dobra
Manualność (dłoni)				
Pamięć	Brak pamięci wstecznej	Brak pamięci aktualnej	Czasem zapomina	Dobra
Zrozumienie	Problem z czytaniem i pisaniem	Często nie rozumie poleceń	Rozumie polecenia	Dobra
Zażywanie leków	Nie zażywa leków	Potrzebuje wsparcia	Czasem zapomina	Zażywa regularnie
Rodzaj opieki	Potrzebuje stałej opieki	Potrzebuje regularnej opieki	Czasem potrzebuje opieki	Niezależny
Punktacja				
Punkty w kolumnach				

Jakie są główne problemy lub/i ryzyko zidentyfikowane dotyczące zażywania leków?

.....

.....

.....

H:CODZIENNE ZAŻYWANIE LEKARSTW

Zdolność	Potrzebuje pomocy	Jest samodzielny	Uwagi
Może przeczytać instrukcje na ulotkach			
Rozumie treść na ulotkach			
Wyjmie samodzielnie tabletki z listka			
Wyjmie samodzielnie tabletki ze słoika			
Potrafi przeciąć tabletki na pół			
Samodzielnie otworzyć i zamknąć opakowanie z „zabezpieczeniem przed dziećmi”			
Samodzielnie otworzyć i zamknąć opakowanie bez „zabezpieczeniem przed dziećmi”			
Samodzielnie naciągnie lekarstwo z butelki			
Prawidłowo używa inhalatora			

Czy pacjent ma problem z chodzeniem do apteki lub poradni? TAK NIE

.....

I:STOSUNEK KLIENTA DO ZAŻYWANIA LEKARSTW

1)Czy pacjent ma kłopoty z zażywaniem lekarstw tak długo jak karze lekarz? TAK NIE

2)Czy zażywanie lekarstw przeszkadza pacjentowi w codzienności? TAK NIE

3)Czy rodzina często musi przypominać pacjentowi w zażywaniu leków? TAK NIE

4)Czy pacjent wie jak i kiedy ma zażywać leki? TAK NIE

	Bardzo źle	Źle	Nieźle	Dobrze
Liczba zażywanych lekarstw na receptę	6 lub więcej	4-5	2-3	1 lub mniej
Połykanie	Tylko płyny	Pokruszone	Małe tabletki	Wszystkie
Wzrok	Niewidomy	Niedowidzący	Okulary	Dobry
Słuch	Głuchy	Problem ze słuchem	Aparat słuchowy	Dobry
Aplikacja kropli do oczu				
Aplikacja kropli/sprayu do nosa				
Aplikacja innych lekarstw				

PLAN OPIEKI

Sporządzony.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

ADRES.....

.....

WEJŚCIE DO DOMU PACJENTA.....

.....

Planowany czas dotarcia do pacjenta	
Czynności wykonywane przy pacjencie	
Prace domowe(czas trwania)	

Czy pacjent jest w stanie sam szykować i przyjmować leki? TAK NIE

.....
.....

Czy pacjent jest w stanie sam się poruszać? TAK NIE

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

POŻĄDANE REZULTATY OPIEKI:

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

Podpis pacjenta..... Data.....

Podpis właściciela „Godność”..... Data.....

Data następnego planu opieki.....

Czy nastąpiły zmiany i osiągnięto pożądane rezultaty? TAK NIE

ZGODA NA ADMINISTRACJE LEKARSTW PRZEZ „GODNOŚĆ”

Ten formularz musi być wypełniony kiedy pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody aby Godność uzyskała pomoc lub informację dotyczące lekarstw lub stanu zdrowia pacjenta od lekarza pierwszego kontaktu lub innej odpowiedzialnej osoby.

W imieniu pacjenta wyrażam zgodę aby Godność uzyskała pomoc lub informacje dotyczące lekarstw lub stanu zdrowia pacjenta od lekarza rodzinnego lub innej odpowiedzialnej osoby np. pielęgniarki środowiskowej itp.

Imię i nazwisko.....Podpis.....Data.....

Proszę poinformować pacjenta lub osobę reprezentującą, że Godność będzie zachęcać, asystować i administrować lekarstwa pacjentowi. Nie będziemy mogli jednak tego zrobić jeśli:

- lekarstwa mają inne dane niż na receptach (dotyczy lekarstw zastępczych-tylko na odpowiedzialność rodziny)
- nie została przeprowadzona ocena ryzyka leczenia pacjenta

Lekarstwo	Na co jest lekarstwo	Dawkowanie	Sposób dozowania

Ile pomocy jest wymagane od opiekuna/opiekunki?

.....

Czy pacjent kiedykolwiek odmówił przyjęcia leków? TAK NIE

Czytelny podpis osoby reprezentującej pacjenta lub pacjenta

.....Data.....

Czytelny podpis osoby wykonującej plan opieki.....

PodpisStanowiskoData.....

Data	Godziny przyścia i wyjścia	Wykonane czynności w ciągu wizyty	Podpis opiekuna

