……
Imię i nazwisko osoby zależnej

……
Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

……
Nr telefonu kontaktowego
Opis zachowań codziennych osoby będącej korzystać z opieki wytchnieniowej w Domu Pomocy Społecznej w Koninie

Spożywanie posiłków

1. Czy pan/pani spożywa posiłki samodzielnie:
   a) Tak
   b) Nie
2. Jakiego rodzaju pan/pani spożywa posiłki:
   a) Posiłek podstawowy (produkty podawane w całości np. czy jest w stanie pogryźć kotlet schabowy)
   b) Dieta jaka? …….. (produkty podawane w całości np. czy jest w stanie pogryźć gotowany kotlet schabowy)
   c) Posiłki mielone (miksowane) podstawowy
   d) Dieta mielona (miksowana) jaka? ……..
3. Czy pan/pani ma alergię na laktozę lub inne produkty, jakie?(proszę wymienić)
   ……..
   ……..
4. Czy jedzenie pani/pani sprawia kłopot:
   a) Krztusi się przy jedzeniu
   b) Krztusi się przy piciu
   c) Wypluwa jedzenie/picie
5. W jaki sposób podawane jest picie panu/pani:
   a) Kubek/szklanka
   b) Łyżeczka/słomka
   c) Strzykawka

Odpoczynek nocny

1. Czy pan/pani chodzi dużo w ciągu dnia:
   a) Tak
   b) Nie
      Jeśli TAK, to czy przyjmuje leki wyciszające, jakie?(proszę wymienić)
      ……
2. Czy pan/pani jest chodzi dużo w ciągu nocy

a)Tak (to czy przyjmuje leki na spanie, jakie?proszę wymienić) ……
b)Nie

3. Czy pan/pani korzysta w nocy z toalety
    a) Tak, ile razy ……..
    b) Nie
4. Czy pan/pani jest zabezpieczona na noc w:
    a) Pampersy
    b) Pieluchomajtki
    c) Wkładki higieniczne
    d) Nie jest zabezpieczana

Poruszanie się

1. Czy pan/pani siedzi:
    a) Samodzielnie – osoba sprawna
    b) Samodzielnie – podejmuje próby wstawania samemu z krzesła
    c) Samodzielnie - nie wstaje samodzielnie z krzesła
    d) Osoba leżąca
2. Czy pan/pani chodzi:
    a) Samodzielnie
    b) Samodzielnie ale przy pomocy balkonika, kuli, laski
    c) Chodzi przy asekuracji osób trzecich
    d) Porusza się samodzielnie na wózku
    e) Porusza się na wózku przy pomocy osób trzecich
    f) Nie chodzi – osoba leżąca
3. Czy pan/ pani:
    a) Stanie na nogach TAK/ NIE
    b) Ma zachwiania równowagi przy chodzeniu TAK/ NIE
    c) miał wcześniej urazy spowodowane przewróceniem się podczas poruszania TAK/ NIE

Jeśli tak proszę podać datę zdarzenia i jego skutki ……
……
……
……

Pielęgnacja

1. Czy pan/ pani ma:
    a) rany TAK/ NIE
    b) odleżyny TAK/ NIE
    c) inne urazy wymagające opatrunków TAK/ NIE

Jeśli wymaga opatrunków specjalistycznych to jakich i jak częsta jest ich wymiana

……
……
……

Komunikowanie się z otoczeniem

1. Inicjuje kontakt i rozmawia całymi zdaniami TAK/ NIE
2. Odpowiada na pytanie i samemu zadaje pytania TAK/ NIE

3. Tylko odpowiada na pytania TAK/ NIE
4. Rzadko odpowiada na pytania TAK/ NIE
5. Nie mówi TAK/NIE
6. Czy słyszy TAK/NIE Jeśli nie słyszy czy używa aparatu słuchowego TAK/ NIE
7. Czy rozumie polecenia TAK/ NIE

Proszę o wskazanie osoby z numerem telefonu, która w przypadku zgonu ma zostać poinformowana i ma zająć się sprawami z tym związanymi.

……
……
……

Proszę o wskazanie osoby z numerem telefonu, która zawsze odbierze telefon w sytuacji SOS

……
……
……

Proszę o podanie nazwy przychodni z adresem i numerem telefonu i lekarza rodzinnego do którego Pan/ Pani zostali zapisani ……
.....
.....

Dodatkowe informacje mogące pomóc w opiece na Panem/ Panią

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Konin, dnia …… ……

Podpis opiekuna faktycznego