



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik A.3

.....
(pieczęć przychodni)

Miejscowość.....Dnia.....

Zaświadczenie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o miejsce w Dziennym Domu Pomocy Alma w ramach projektu pn. „Alma- Centrum Usług Społecznych w Parczewie”

**Ogólne informacje o „Alma- Centrum Usług Społecznych w Parczewie”,
Dzienny Dom Pomocy Alma**

- Dom przeznaczony jest dla mieszkańców powiatu parczewskiego nieaktywnych zawodowo i mających ukończone 18 rok życia, oraz osiągnęła wiek 60 lat i więcej.
- Dom posiada 24 miejsca (15 K, 9 M) dziennego pobytu w nim jest nieodpłatny.
- Dom funkcjonuje 8 godzin dziennie od 8:00-16:00 przez cały rok, w dni robocze.
- Celem działalności DDP jest zapewnienie bezpiecznego miejsca pobytu i wsparcie w czynnościach samoobsługowych, a także pielęgnacji osobom, które nie mogą funkcjonować bez pomocy innych. DDP pełni także rolę socjalizacyjną i aktywizacyjną.
- W trakcie pobytu uczestnikom zapewnia się 3 posiłki.
- Wsparcie dla 40 osób (30 K, 10 M) opiekunów faktycznych poprzez organizację poradnictwa w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, wsparciu psychologicznym do 31 maja 2028r.
- DDP nie jest placówką całodobową i nie świadczy usług opieki całodobowej ani opieki wytnienie.

Część I. Dane osoby ubiegającej się o miejsce

1.	Imię i Nazwisko	
2.	PESEL	
3.	Adres zamieszkania	

Część II. Podstawowa opieka zdrowotna dla osoby ubiegającej się o miejsce

Nazwa, adres i nr telefonu właściwej przychodni POZ:

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego/POZ i nr telefonu:



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



lubelskie
Smakuj życie!

Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej/POZ i nr telefonu:

**Część III. Informacje o stanie zdrowia w w. osoby mającym wpływ na uczestnictwo w
Dziennym Domu Pomocy Alma**

1.	Poziom funkcjonowania zmysłów: wzrok, słuch.
2.	Sprawność fizyczna / ruchowa, czy porusza się samodzielnie /o kuli / balkoniku / na wózku?
3.	Niepełnosprawność, rodzaj, spowodowane nią ograniczenia.
4.	Choroby / schorzenia somatyczne, w szczególności przewlekłe, spowodowane nimi ograniczenia.
5.	Alergia / uczulenia, rodzaj, spowodowane nimi ograniczenia.
6.	Stany wywołane innymi czynnikami (np. uzależnieniami), spowodowane nimi ograniczenia.
7.	Leki przyjmowane stale w godz. 8.00 -16.00 (nazwy leków, godziny przyjmowania).
8.	Zalecana / stosowana dieta.



9.	Samodzielność w funkcjonowaniu, konieczność pomocy osoby drugiej w codziennych, czynnościach życiowych i zakres tej pomocy.
10.	Sprawność intelektualna, pamięć, koncentracja, zdolność i adekwatność analizy i oceny swojego stanu zdrowia.
11.	Konieczność stałej opieki i indywidualnej terapii.
12.	Występowanie zaawansowanych zmian psychoorganicznych.
13.	Występowanie zaburzeń psychicznych lub osobowościowych.
14.	Inne, nie ujęte powyżej ważne uwagi, dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej.

Część IV. Opinia lekarza

Stwierdza się (właściwe wypełnić lub zaznaczyć)

1. Czy osoba potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu TAK/NIE
2. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu Pana/Pani w Dziennym Domu Pomocy Alma.
3. Występowanie przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu Pani/Pana w Dziennym Domu Pomocy Alma.

.....



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



lubelskie
Smakuj życie!

Data, podpis i pieczęć lekarza POZ/Rodzinnego

OCENIANE OBSZARY			ocena:
1	Wiek badanego	60-74	0
		75-84	1
		85+	3
2	Samoocena Stanu Zdrowia	Wspaniałe lub dobre	TAK = 0
		Przeciętne lub złe	TAK = 1
3	Czy ma Pan/i znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe:		
	Pochylanie, kucanie, klękanie.		TAK/NIE
	Sięganie lub utrzymywanie ramion powyżej barków.		TAK/NIE
	Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów.		TAK/NIE
	Przejęcie około 400 metrów.		TAK/NIE
	Ciężka praca domowa jak mycie podłóg lub okien.		TAK/NIE
	Jeśli dwie (lub więcej) z odpowiedzi są pozytywne - należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna, to 1 punkt		 pkt (0-2 pkt)
	Czy z powodu stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan/i trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje:		
Zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki		TAK/NIE	
Rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków		TAK/NIE	
Przejsięcie przez pokój (również przy pomocy kuli, laski lub balkonika)		TAK/NIE	
Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)		TAK/NIE	
Kąpiel w wannie lub pod prysznicem		TAK/NIE	
Jeśli choć jedna z odpowiedzi jest pozytywna, to należy przyznać 4 punkty (maksimum)		 pkt (0 lub 4 pkt)	
RAZEM			 pkt (max 10 pkt)