

Indywidualny zakres usług opiekuńczych

Imię i nazwisko osoby wymagającej pomocy:

Adres zamieszkania:

Sytuacja rodzinna:

- samotnie zamieszkująca
 posiadająca rodzinę zamieszkałą w Przemysłu lub okolicach
 zamieszkująca z rodziną / inną osobą

	Zakres usług	Uwagi
Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych		
1.	Czynności żywieniowe	TAK/NIE*
	Przygotowywanie lub dostarczanie posiłków (w tym minimum jednego gorącego) oraz produktów żywnościowych na pozostałą część dnia, z uwzględnieniem zalecanej diety i zachowaniem dbałości o higienę żywności	
	Pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie , o ile wymaga tego stan zdrowia	
	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej	<i>podać jakie:</i>
2.	Czynności gospodarcze	TAK/NIE*
	Przynoszenie opału, palenie w piecu	
	Sprzątanie: utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby starszej (z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych), wynoszenie śmieci, utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych	
	Utrzymanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych	
	Utrzymanie w czystości sprzętu pomocniczego ułatwiającego codzienne funkcjonowanie(np. wózek inwalidzki, balkonik, podnośnik)	
	Robienie zakupów artykułów spożywczych i innych niezbędnych w gospodarstwie domowym lub towarzyszenie przy ich dokonywaniu (<i>zakupy dokonywane są za środki pieniężne osoby objętej usługami w najbliższej okolicy miejsca zamieszkania/pobytu</i>)	
	Pranie odzieży, bielizny pościelowej, niezbędne prasowanie lub zanoszenie i odbiór rzeczy z pralni	
	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej	<i>podać jakie:</i>
3.	Czynności organizacyjne	TAK/NIE*
	Ustalanie wizyt lekarskich i towarzyszenie w nich jeżeli zachodzi taka potrzeba	
	Realizacja recept lekarskich (<i>za środki pieniężne osoby objętej usługami w najbliższej okolicy miejsca zamieszkania/pobytu</i>)	
	Załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach	

	Pomoc w regulowaniu opłat(<i>środkami pieniężnymi osoby objętej usługami</i>)	
	Pomoc w organizacji czasu wolnego	
	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej	<i>podać jakie:</i>
Opieka higieniczna		
1.	Czynności pielęgnacyjne	TAK/NIE*
	Utrzymanie higieny-mycie ciała, mycie głowy, kąpiel, czesanie, obcinanie paznokci, golenie	
	Pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych	
	Układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji	
	Zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń	
	Zmiana pieluchomajtek	
2.	Zmiana bielizny osobistej i pościelowej	
3.	Słanie łóżka	
4.	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej	<i>podać jakie:</i>
Pielęgnacja zlecona przez lekarza		
1.	Czynności pielęgnacyjne	TAK/NIE*
	Oklepywanie	
	Stosowanie okładów i kompresów	
	Zmiana opatrunków	
2.	Podawanie leków drogą doustną, wziewną (inhalacje) lub przez skórę (wcieranie)	
3.	Mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru itp.	
4.	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej	<i>podać jakie:</i>
Zapewnienie kontaktów z otoczeniem (w miarę możliwości)		
1.	Inicjowanie , ułatwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym	TAK/NIE*
2.	Organizacja wyjść z mieszkania	
3.	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych	
4.	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalno-sportowo-rekreacyjnych	
5.	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej	<i>podać jakie:</i>

.....
Data, pieczęć i podpis pracownika socjalnego

.....
Podpis osoby wymagającej pomocy

(*)- *niepotrzebne skreślić*

Sporządzono w 3 egzemplarzach - otrzymują:

- (1) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
- (2) Osoba wymagająca pomocy w formie usług opiekuńczych
- (3) Podmiot realizujący usługi opiekuńcze