

**DOKUMENT 4. Ocena merytoryczna z wywiadem i wstępną diagnostyką**

**Część B**

**I. PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA CZYTELNIIE**

DANE UCZESTNIKA	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kod pocztowy	
	5	Miejscowość	
	6	Ulica/numer	
	7	NUMER TELEFONU (komórkowy)	
	8	NUMER TELEFONU (stacjonarny)	
	9	Osoba do kontaktu w imieniu uczestnika (opcjonalnie)	
	10	Numer telefonu osoby do kontaktu	
DANE DOT. BUDYNKU	11	Kod do drzwi 1	
	12	Kod do drzwi 2	
	13	Budynek	
	14	Piętro	

**Podopieczny mieszka:**  sam/sama  w parze  z rodziną

**II. UWAGI DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA**

Informacje ułatwiające dojazd i odszukanie domu/mieszkania (droga dojazdowa, kolor elewacji budynku):

Opis samego miejsca zamieszkania: winda, metraż, ogród, zwierzęta, drzwi antywłamaniowe, korytarze, gdzie zwykle przebywa, inne ważne dane do wytłumaczenia sposobu dotarcia do podopiecznego z barierami dla ratownictwa.

### III. STAN ZDROWIA

	WZROK	SŁUCH	MOWA	MOBILNOŚĆ	UMYSŁ
<b>DOBRY</b>	<input type="checkbox"/> osoba nie zgłasza problemów ze wzrokiem, nie nosi okularów/soczewek	<input type="checkbox"/> osoba nie zgłasza problemów ze słuchem, nie używa aparatu słuchowego (podczas wywiadu nie ma konieczności powtarzania pytań)	<input type="checkbox"/> płynna, dająca się dobrze zrozumieć przez osobę przeprowadzającą diagnozę	<input type="checkbox"/> chodzi samodzielnie bez użycia sprzętu ortopedycznego, nie występuje zaburzenia równowagi. Jeśli osoba używa wózka inwalidzkiego i samodzielnie się na nim porusza.	<input type="checkbox"/> brak występowania zaburzeń poznawczych. Osoba nie zgłasza występowania problemów z pamięcią.
<b>ŚREDNI</b>	<input type="checkbox"/> osoba zgłasza niewielki problem ze wzrokiem, nosi okulary/soczewki ale jest w stanie czytać, oglądać Tv, rozpoznaje i przedmioty	<input type="checkbox"/> osoba ma niewielki problem ze słuchem, które zgłasza bądź używa aparatu słuchowego (w czasie wywiadu istnieje konieczność powtarzania pytań od czasu do czasu)	<input type="checkbox"/> spowolniona, niepłynna występuje niewielkie problemy ze zrozumieniem seniora	<input type="checkbox"/> chodzi z użyciem sprzętu ortopedycznego, ale nie korzysta z pomocy osób trzecich lub korzysta w niewielki stopniu, występuję nieznaczne zaburzenie równowagi. Jeśli osoba jeździ na wózku potrzebuje niewielkiej pomocy osób trzecich.	<input type="checkbox"/> występuje niewielkie zaburzenie funkcji poznawczych. Osoba zgłasza kłopoty z pamięcią, które nie wpływają znacząco na funkcjonowanie w życiu codziennym.
<b>ZŁY</b>	<input type="checkbox"/> osoba zgłasza znaczne problemy ze wzrokiem, nie nosi okularów/soczewek lub nosi ale i tak ma problem z czytaniem, oglądaniem Tv, omijanie przedmiotów	<input type="checkbox"/> osoba ma znaczne problem ze słuchem lub nie nosi aparatu słuchowego (w czasie wywiadu występuje znaczne problemy w komunikacji spowodowane niedosłuchem)	<input type="checkbox"/> osoba mówi, ale jest rozumiana w niewielkim stopniu, zrozumienie praktycznie niemożliwe	<input type="checkbox"/> niezdolność do samodzielnego poruszania się bez znacznej pomocy osób trzecich. Jeśli osoba jeździ na wózku jej stan nie pozwala na samodzielne przemieszczenie się. Występuje znaczne zaburzenie równowagi, ale osoba z dużą pomocą osób trzecich jest w stanie się przemieścić.	<input type="checkbox"/> występuje znaczne zaburzenie funkcji poznawczych. Osoba nie jest w stanie funkcjonować bez znacznej pomocy osoby trzeciej.
<b>BRAK FUNKCJI</b>	<input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidząca	<input type="checkbox"/> osoba niesłysząca	<input type="checkbox"/> mutyzm (brak mowy – brak możliwości wsparcia bez specjalnych mechanizmów wspomagających)	<input type="checkbox"/> osoba stale leżąca	<input type="checkbox"/> brak kontaktu logicznego (brak możliwości wsparcia)

- zdarzają się upadki i omdlenia
- rozrusznik
- aparat słuchowy
- kłopoty z pamięcią
- proteza dłoni
- proteza stopy
- proteza biodra
- aparat słuchowy

- proteza przedramienia
- proteza nogi
- proteza kolana
- kule
- balkonik
- tlen
- laska
- wózek

**CHOROBY:**

<b>CHOROBY NEUROLOGICZNE I PSYCHICZNE</b>	<b>NOWOTWÓR OBECNIE LECZONY</b>
<input type="checkbox"/> demencja typu Alzheimer	<input type="checkbox"/> nowotwór układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> inny typ demencji	<input type="checkbox"/> nowotwór narządów rodnych
<input type="checkbox"/> epilepsja leczona obecnie	<input type="checkbox"/> nowotwór kości
<input type="checkbox"/> choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/> nowotwór prostaty
<input type="checkbox"/> depresja	<input type="checkbox"/> nowotwór płuc
<input type="checkbox"/> Schizofrenia	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> Inne....	
<b>CHOROBY PŁUC</b>	<b>CHOROBY KRWI</b>
<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> obecnie leczona anemia
<input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli	<input type="checkbox"/> zaburzenia krzepliwości
<input type="checkbox"/> niewydolność oddechowa	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> inne .....	<b>CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO</b>
<b>CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE</b>	<input type="checkbox"/> niewydolność nerek
<input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi	<input type="checkbox"/> zaburzenia elektrolitowe
<input type="checkbox"/> inne .....	<input type="checkbox"/> inne .....
<b>ALERGIE</b>	<b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>
<input type="checkbox"/> alergia pokarmowa (proszę sprecyzować)	<input type="checkbox"/> AIDS
.....	<input type="checkbox"/> wirusowe zapalenie wątroby – w trakcie leczenia
<input type="checkbox"/> alergia oddechowa .....	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> alergia skórna .....	
.....	<b>CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE</b>
<b>CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO</b>	<input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 1
<input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie jelita grubego	<input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 2
<input type="checkbox"/> marskość wątroby	<input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy
<input type="checkbox"/> kamica żółciowa	<input type="checkbox"/> niewydolność tarczycy
<input type="checkbox"/> obecnie leczony wrzód żołądka	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> inne .....	
<b>CHOROBY SERCOWO – NACZYNIOWE</b>	<b>DOLEGLIWOŚCI</b>

<input type="checkbox"/> angina pectoris, zapalenie tętnic wieńcowych	<input type="checkbox"/> bóle w klatce piersiowej
<input type="checkbox"/> choroby tętnic obwodowych	<input type="checkbox"/> kołatanie i nierówne bicie serca
<input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> duszności
<input type="checkbox"/> niewydolność serca	<input type="checkbox"/> zasłabnięcia lub utraty przytomności
<input type="checkbox"/> zaburzenia rytmu serca (jakie?)	<input type="checkbox"/> obrzęki kończyn dolnych
<input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca (jaka?)	<input type="checkbox"/> zawroty głowy
<input type="checkbox"/> zawał mięśnia sercowego (której ściany?)	<input type="checkbox"/> drętwienie, mrowienie kończyn
<input type="checkbox"/> zabiegi na naczyniach wieńcowych (jakie?)	<input type="checkbox"/> łatwe męczenie się
<input type="checkbox"/> operacje zastawek (jakie?)	<input type="checkbox"/> inne:
<input type="checkbox"/> wszczepiony stymulator (jakiego typu?)	<b>PRZEBYTE STANY</b> <input type="checkbox"/> uraz czaszki <input type="checkbox"/> złamanie szyjki kości udowej <input type="checkbox"/> złamanie kręgosłupa <input type="checkbox"/> inne, jakie
<input type="checkbox"/> niewydolność krążenia	
<input type="checkbox"/> udar mózgu z następstwami: zaburzenia mowy	
<input type="checkbox"/> udar mózgu z następstwami: zaburzenia ruchu	
<input type="checkbox"/> udar mózgu bez następstw	
<input type="checkbox"/> podwyższony poziom cholesterolu	<b>UWAGI:</b>
<input type="checkbox"/> podwyższony poziom triglicerydów	
<input type="checkbox"/> miażdżyca	
<input type="checkbox"/> żylaki kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/> inne .....	

**Inne informacje dotyczące stanu zdrowia nieujęte powyżej lub rozwinięte, mające wpływ na usługę**

**Stale zażywane leki i miejsce ich przechowywania (w tym insulina):**

**Nietolerancja leków i objawy po ich zażyciu:**

--

**Przebyte operacje wraz z ich terminami**

Operacja/hospitalizacja i powód	Termin (min. rok miesiąc)

WZROST	WAGA	GRUPA KRWI (wg dokumentu potwierdzającego – dołącz ksero za zgodność)

**IV. DODATKOWE INFORMACJE**

	1	2	3	4	5
Łatwość kontaktu	1	2	3	4	5
Chęć do korzystania ze wsparcia	1	2	3	4	5
W jakim stopniu istnieje ryzyko wyolbrzymiania faktów?	1	2	3	4	5
W jakim stopniu wsparcie TELEOPIEKI jest wystarczające?	1	2	3	4	5

Gdzie: 1 – niskie, 5 – wysokie

**Szacowane potrzeby kontaktów** .....

**Obawy/bariery związane z korzystaniem z pomocy** .....

.....

**Zainteresowania:**

Obecne:
W młodości:

V. **SIEĆ POMOCOWA (minimum 1 osoba, zalecane od 2-6 osób)** Zalecane jest, aby każda poniżej wymieniona osoba posiadała klucze lub miała możliwość ich otrzymania. Oświadczenia tylko, jeśli nie ma wypełnionego załącznika.

<b>POMOC 1:</b>			
<b>Nazwisko:</b>		<b>Imię:</b>	
<b>Czy ma klucze do domu Seniora?</b>	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<b>Nr telefonu:</b>	1	2	3
<b>Adres:</b>			<b>Czas dojścia w min.:</b>
<b>Kontakt:</b>	<input type="checkbox"/> W dzień	<input type="checkbox"/> W nocy	<input type="checkbox"/> W dzień i w nocy
<b>Powiązanie</b> (małżonek/ka, syn, córka, sąsiad, znajomy):			
<b>Inne informacje:</b>			

<b>POMOC 2:</b>			
<b>Nazwisko:</b>		<b>Imię:</b>	
<b>Czy ma klucze do domu Seniora?</b>	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<b>Nr telefonu:</b>	1	2	3
<b>Adres:</b>			<b>Czas dojścia w min.:</b>
<b>Kontakt:</b>	<input type="checkbox"/> W dzień	<input type="checkbox"/> W nocy	<input type="checkbox"/> W dzień i w nocy
<b>Powiązanie</b> (małżonek/ka, syn, córka, sąsiad, znajomy):			
<b>Inne informacje:</b>			

<b>POMOC 3:</b>			
<b>Nazwisko:</b>		<b>Imię:</b>	
<b>Czy ma klucze do domu Seniora?</b>	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<b>Nr telefonu:</b>	1	2	3
<b>Adres:</b>			<b>Czas dojścia w min.:</b>
<b>Kontakt:</b>	<input type="checkbox"/> W dzień	<input type="checkbox"/> W nocy	<input type="checkbox"/> W dzień i w nocy
<b>Powiązanie</b> (małżonek/ka, syn, córka, sąsiad, znajomy):			
<b>Inne informacje:</b>			

<b>POMOC 4:</b>			
<b>Nazwisko:</b>		<b>Imię:</b>	
<b>Czy ma klucze do domu Seniora?</b>	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<b>Nr telefonu:</b>	1	2	3
<b>Adres:</b>			<b>Czas dojścia w min.:</b>
<b>Kontakt:</b>	<input type="checkbox"/> W dzień	<input type="checkbox"/> W nocy	<input type="checkbox"/> W dzień i w nocy
<b>Powiązanie</b> (małżonek/ka, syn, córka, sąsiad, znajomy):			
<b>Inne informacje:</b>			

#### VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSÓB/FIRM ŚWIADCZĄCYCH POMOC CZASOWĄ:

<b>Czy osoba jest objęta usługami opiekuńczymi przez OPS?</b>			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Dane osoby/firmy	Nr telefonu	Częstotliwość wizyt	Klucze
<b>Opieka w domu</b>				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Dostarczanie posiłków</b>				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Usługi porządkowe</b>				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Inne</b>				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

OPIEKA ZDROWOTNA	<b>Adres i nr telefonu przychodni</b>	
	<b>Imię i nazwisko lekarza rodzinnego</b>	

W OCHRONIE ŻYCIA I ZDROWIA – NOWOCZESNE TECHNOLOGIE TELEOPIEKUŃCZE  
I TELEMEDYCZNE DLA MIESZKAŃCÓW CZĘSTOCHOWY I OKOLIC

- Uczestnik/czka otrzymał/a treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych
- Uczestnik/czka potwierdza, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym
- Uczestnik/czka oświadcza, że zapoznał się z obowiązkiem przekazania informacji o przetwarzaniu danych osobowych podanej nam sieci pomocowej
- Uczestnik/czka oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem projektu
- Uczestnik/czka podpisał/a oświadczenie o odbiorze urządzenia i zapoznania się z instrukcją
- Uczestnik/czka został przeszkolony w zakresie obsługi systemu do teleopieki i komunikacji z Centrum Teleopieki
- Uczestnik zwalnia z odpowiedzialności Realizatorów projektu za wszelkie szkody powstałe przy próbie siłowego dostania się do mieszkania podopiecznego przez służby ratunkowe.
- Uczestnik/czka jest świadomy, że w przypadku nieuzasadnionego alarmu, w którym konieczna była interwencja pogotowia ponosi odpowiedzialność wobec służb ratunkowych.
- Uczestnik/czka oświadcza, że został poinformowany, iż rozmowy prowadzone przez Centrum Teleopieki Opiekanova Sp. z o.o. i Telemedycyna Polska S.A. są nagrywane oraz archiwizowane i wykorzystywane do prowadzenia działań, ustalania wsparcia i rozwiązywania trudności, jakie muszą być dokonywane w ramach wykonywania umowy, której jestem stroną oraz wyraża na to zgodę.

.....  
*Osoba przeprowadzająca wywiad*

.....  
*Uczestnik/czka projektu lub opiekun*

BIURO PROJEKTU: UL. ARMII KRAJOWEJ 25, JASTRZĘBIE-ZDRÓJ, TEL. 32 307 52 22;  
MIASTO CZĘSTOCHOWA, UL. FOCHA 19/21 TEL. 34 370 77 73, BIURO@EBI.ORG.PL