

INDYWIDUALNY ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię, nazwisko oraz wiek uczestnika projektu, uprawnionego do korzystania z usług opiekuńczych:

.....

Adres zamieszkania:

Rodzaj i stopień niepełnosprawności:.....

Sytuacja rodzinna: osoba samotna / samotnie gospodarująca
 posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach
 zamieszkująca z rodziną / inną osobą

Mobilność: osoba poruszająca się samodzielnie
 osoba poruszająca się z pomocą innych osób
 osoba niezdolna do poruszania się

Indywidualne potrzeby osoby niesamodzielnej:

Zakres usług		Wymagane usługi (niepotrzebne skreślić)
1.	Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych:	
	pomoc przy przygotowaniu/przygotowywanie posiłków lub produktów na pozostałą część dnia, z uwzględnieniem zalecanej diety i zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystość naczyń stołowych i kuchennych	wymaga /nie wymaga
	pomoc w spożywaniu posiłków	wymaga /nie wymaga
	pomoc w utrzymaniu porządku i czystości w najbliższym otoczeniu	wymaga /nie wymaga
	pomoc w utrzymaniu czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników	wymaga /nie wymaga
	dokonywanie niezbędnych zakupów (środkami pieniężnymi osoby objętej usługami)	wymaga /nie wymaga
	regulowanie opłat domowych (środkami pieniężnymi osoby objętej usługami)	wymaga /nie wymaga



2.	Opieka higieniczna - czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej	
	pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych - odprowadzenie do toalety	wymaga /nie wymaga
	zakładanie i zmiana pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych	wymaga /nie wymaga
	pomoc przy ubieraniu się, zmiana bielizny osobistej i pościelowej	wymaga /nie wymaga
	prześcielenie łóżka, układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji ciała	wymaga /nie wymaga
	pomoc przy kąpieli m.in. mycie ciała, mycie głowy, pielęgnacja jamy ustnej, pielęgnacja włosów, golenie, higiena paznokci rąk i nóg, czyszczenie protez zębowych	wymaga /nie wymaga
3.	Czynności organizacyjne:	
	pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych np. zgłaszanie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, zabiegów oraz towarzyszenie w nich jeżeli zachodzi taka potrzeba, realizacja recept za środki pieniężne osoby objętej usługami (w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania/pobytu)	wymaga /nie wymaga
	czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego, pomoc przy przemieszczaniu się	wymaga /nie wymaga
	czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, m.in. pomoc lub towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych,	wymaga /nie wymaga
4.	Czynności pielęgnacyjne	
	pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo - smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów, oklepywanie	wymaga /nie wymaga
	opróżnianie worka urologicznego	wymaga /nie wymaga
	przygotowanie i nadzór nad zażyciem leków	wymaga /nie wymaga
	mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, poziomu cukru	wymaga /nie wymaga

Data i podpis
pracownika świadczącego usługi opiekuńcze

Data i podpis osoby wymagającej pomocy
lub jej przedstawiciela ustawowego

Data i podpis realizatora usług