Załącznik nr 1: Indywidualny zakres usług opiekuńczych

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika projektu** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba samotna/ samotnie gospodarująca** |  |
| **Posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach** |  |
| **Zamieszkująca z rodziną/ inną osobą** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba poruszająca się samodzielnie** |  |
| **Osoba poruszająca się z pomocą innych osób** |  |
| **Osoba niezdolna się do poruszania** |  |

Katalog czynności opiekuńczych stanowiący ofertę Ośrodka ze wskazaniem, które usługi przysługują poszczególnym osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres usług** | **Przyznane wsparcie** | **Uwagi** |
| Zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych | | |
| przygotowanie, bądź dostarczenie posiłków i pomoc w ich spożyciu, |  |  |
| palenie w piecu, przynoszenie węgla, wody itp. |  |  |
| zamawianie wizyt lekarskich, |  |  |
| zakup leków, nadzór w przyjmowanie leków, zabiegi zlecone przez lekarza, |  |  |
| zakup artykułów spożywczych innych artykułów niezbędnych w gospodarstwie, |  |  |
| motywowanie podopiecznego do samodzielności  w wykonywaniu czynności samoobsługowych |  |  |
| Zaspokajanie potrzeb higieniczno-sanitarnych | | |
| mycie, kąpiel, czesanie i ubieranie chorego, pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (odprowadzanie do toalety, zakładanie i zmiana pieluchomajtek, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń) |  |  |
| utrzymywanie w czystości otoczenia podopiecznego, |  |  |
| zmiana bielizny osobistej i pościelowej, |  |  |
| dokonywanie bieżących porządków w używanej przez podopiecznego części mieszkania, |  |  |
| utrzymywanie w czystości menażek, termosów naczyń |  |  |
| stołowych i kuchennych oraz innego sprzętu domowego służącego podopiecznemu, |  |  |
| utrzymywanie w czynności sprzętu sanitarnego/ miednicy, kaczki, baseny, wanny/, |  |  |
| dokonywanie drobnych przepierek bielizny osobistej/ nocnej  i dziennej/, |  |  |
| dbanie o czystość bielizny pościelowej, ręczników, ścierek/ odnoszenie ich i przynoszenie punktów pralniczych, |  |  |
| kontakt z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową |  |  |
| Pielęgnacja zalecona przez lekarza | | |
| Czynności pielęgnacyjne:  - oklepywanie,  - stosowane okładów i kompresów,  - zmiana opatrunków |  |  |
| Podawanie leków drogą doustną doodbytniczą, wziewną (inhalacje) lub przez skórę (wcieranie). |  |  |
| Mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru itp. |  |  |
| Inne czynności wynikające z indywidualnych zaleceń lekarskich |  |  |
| Zaspokajanie potrzeb utrzymania kontaktu z otoczeniem | | |
| dążenie do zmniejszenia poczucia izolacji, |  |  |
| podtrzymywanie indywidualnych zainteresowań, |  |  |
| pomoc w załatwianiu spraw urzędowych np. dokonywanie opłat czynszowych, opłat rachunków za gaz, energię elektryczną, RTV, telefon itp. |  |  |
| pomoc w zakresie doradztwa, nadzoru i wsparcia emocjonalnego. |  |  |
| **Inne:** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis Uczestnika projektu** |  |
| **Podpis pracownika socjalnego** |  |
| **Miejscowość, data** |  |