**KARTA CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA** | | | | **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | **NR PESEL** | | | | | | | | | | | | **PIELĘGNIARKA PROWADZĄCA** | | | | | | |
| **NAZWA I ADRES ŚWIADCZENIODAWCY** | | | | | | | | | **REALIZACJA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **miesiąc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rok 20\_\_\_\_\_\_\_ daty wykonania czynności:** | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **RODZAJ CZYNNOŚCI** | | **UWAGI** | | | | | **KOD ICD - 9** | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **1.Świadczenia podstawowe do objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieka długoterminową domową** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykonanie kwalifikacji pacjenta na podstawie skierowania do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową - ustalenie problemów pielęgnacyjnych i indywidualnego planu opieki** | **obejmuje comiesięczną ocenę stanu zdrowia pacjenta według skali Barthel oraz ewentualną modyfikację planu opieki** | | | | | | **93.0102** | |  | | |  | | | |  | |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |
| **2.Świadczenia w zakresie edukacji i promocji zdrowia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi** | | | **Świadczenie obejmuje edukację, np. przez instruktarz, pogadankę, ulotki informacyjno-edukacyjne przekazywane pacjentowi lub jego rodzinie, w tym na temat ustalonych problemów pielęgnacyjnych** | | | | **89.01**  **89.05** |  | | | |  | | | |  | |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |
| **3. Świadczenia higieniczno-pielęgnacyjne w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykonanie u pacjenta leżącego w łóżku lub pomoc przy wykonaniu czynności higienicznych oraz z zakresu profilaktyki p/odparzeniowej i p/odleżynowej** | **obejmuje czynności przygotowawcze, mycie ciała lub toaletę toaletę p/odparzeniową i p/odleżynową, zmianę bielizny (włącznie z ewentualną zmianą pampersa)** | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **4. Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Karmienie pacjenta** | **obejmuje poradnictwo żywieniowe i edukację w zakresie żywienia dietetycznego w stanach chorobowych** | | | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Pomoc przy spożywaniu posiłku** |  | | | | |  | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Założenie sondy żołądkowej lub dwunastniczej** |  | | | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Karmienie pacjenta przez zgłębnik lub przetokę** | **obejmuje założenie/pielęgnacje zgłębnika założonego do żołądka/przetoki** | | | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Pielęgnacja odleżyn i odparzeń u pacjenta leżącego** | **obejmuje toaletę p/odleżynową, założenie lub zmianę opatrunku z zastosowaniem leków wchłaniających się przez skórę, zastosowanie pielęgnacyjnych środków kosmetycznych i leczniczych, założenie lub zmianę opatrunku żelowego** | | | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |

**NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Obserwacje pielęgniarki** | **Podpis i pieczęć pielęgniarki** |
|  |  |  |

**NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **miesiąc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rok 20 \_\_\_\_\_\_\_\_ data wykonania czynności:** | | | | |  |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| **5. Świadczenia usprawniające w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prowadzenie ćwiczeń biernych i czynnych u pacjenta leżącego** | **obejmuje stosowanie gimnastyki oddechowej z oklepywaniem** | |  |  | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Prowadzenie usprawnienia ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia oraz chodzenia przy pomocy sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych, nauka samoobsługi)** |  |  | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Zastosowanie drenażu ułożeniowego** | **Obejmuje nacieranie pleców, oklepywanie** | |  |  | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Gimnastyka oddechowa** | **Obejmuje oklepywanie pleców** | |  |  | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **6. Świadczenia diagnostyczne w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pomiar podstawowych parametrów życiowych** | | **Dotyczy wykonania pomiaru wszystkich parametrów** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | **RR** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Tętno** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Oddechy** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Temperatura ( ⁰C)** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Obserwacja występowania i pomiar obrzęków** | | **dotyczy wykonania niezbędnych pomiarów** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | **kończyna górna prawa** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **kończyna górna lewa** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **kończyna dolna prawa** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **kończyna dolna lewa** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Wykonanie pomiaru glikemii przy użyciu glukometru lub testów paskowych** | | **wynik pomiaru glikemii** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Kontrola diurezy, prowadzenie bilansu wodnego** | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | **płyny przyjęte** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **płyny wydalone** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **7. Wsparcie organizacyjne w zakresie korzystania ze świadczeń systemu opieki zdrowotnej i socjalnej w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pomoc w zapewnieniu środków leczniczych i sprzętu niezbędnego do opieki i leczenia w domu** | | **Obejmuje poradnictwo w zakresie korzystania z systemu opieki zdrowotnej, wystawianie zleceń leżących w kompetencjach pielęgniarki** |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |

**NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **miesiąc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rok 20 \_\_\_\_\_\_\_\_ data wykonania czynności:** | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| **Pielęgnacja stomii** | **obejmuje toaletę stomii z zastosowaniem maści i innych środków na skórę wokół stomii oraz zmianę worka stomijnego** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Pielęgnacja przetoki** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Pielęgnacja powikłanej stopy cukrzycowej lub innych trudno gojących się ran** | **obejmuje zakładanie i zmianę opatrunków, zabiegi pielęgnacyjne z zastosowaniem leków i innych środków** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Pielęgnacja rurki tracheotomijnej** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Założenie lub wymiana cewnika** | **obejmuje jałowe podmycie krocza** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Wykonanie inhalacji/nebulizacji** | **obejmuje przygotowanie pacjenta i podanie leków** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Pielęgnacja cewnika założonego do pęcherza moczowego** | **obejmuje jałowe podmywanie krocza, obserwacje ilości i barwy wydalanego moczu, obserwacje w kierunku infekcji występującej układu moczowego** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Płukanie przez dren założony do rany** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Wykonanie lewatywy oczyszczającej lub wlewki doodbytniczej** | **obejmuje toaletę krocza** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Wykonanie kompresów i okładów** | **dotyczy okolic całego ciała** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Założenie suchej rurki doodbytniczej** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Mechaniczne odbarczanie z wydzieliny górnych dróg oddechowych** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Stosowanie baniek lekarskich** | **obejmuje oklepywanie pleców** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Podawanie leków różnymi drogami - w zależności od zleceń lekarskich (doustnych, doodbytniczych, do oka, do nosa, do ucha, wziewnie)** | **obejmuje podanie wszystkich zaordynowanych leków w trakcie wizyty** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Podawanie leków w postaci iniekcji śrdóskórnych, podskórnych i domięśniowych (w tym podanie insuliny)** | **obejmuje sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania tego zlecenia (z wyjątkiem sprzętu do podawania insuliny), a w przypadku podawania insuliny także edukację w zakresie dawkowania, samokontroli i samodzielnego wykonywania iniekcji z insuliny przez pacjenta lub rodzine** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |
| **Podanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych oraz w postaci iniekcji dożylnych** | **obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku i materiały medyczne niezbędne do wykonania zlecenia** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |