

Karta zakresu czynności w ramach usług opieki wytchnieniowej
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

.....

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

Zapewnienie kontaktu z otoczeniem:

1. wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
2. korzystanie z usług różnych instytucji,
3. pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,
4. kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi,
5. współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej,
6. organizacja wyjść z mieszkania,

Opieka higieniczna czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej podopiecznego:

1. pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych;
2. przebieranie w czystą odzież i pościel, zmiana pielucho-majtek;
3. zapobieganie odleżynom, układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji;
4. wykonywanie innych czynności wskazanych przez lekarza (oklepywanie, opatrunki, okłady, kompresy, podawanie leków drogą doustną, doodbytniczą, inhalacje, mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru itp.)
5. wykonywanie czynności wynikających z indywidualnych potrzeb opieki pielęgnacyjnej.

Wymiar usług: od dnia do dnia w liczbie tygodniowo, tj.
.....w godzinach

Miejscowość, dnia