

SZCZEGÓŁOWY ZAKRES OCZEKIWANEJ OPIEKI

Prosimy o zaznaczenie czynności, które mają być objęte opieką.

1. POMOC W CODZIENNEJ HIGIENIE

- ☐ pomoc w porannej toalecie
- ☐ pomoc w kąpieli / prysznicu
- ☐ higiena intymna
- ☐ ubieranie i rozbieranie
- ☐ zmiana bielizny osobistej
- ☐ zmiana pościeli
- ☐ golenie / pielęgnacja wygłędu
- ☐ zmiana pieluchomajtek

2. POSIŁKI I ODŻYWIANIE

- ☐ podawanie posiłków
- ☐ pomoc w jedzeniu
- ☐ kontrola nawodnienia
- ☐ dieta specjalistyczna (jaka?): _____
- ☐ alergię (jakie?): _____

3. MONITOROWANIE STANU ZDROWIA

- ☐ pomiar ciśnienia tętniczego
- ☐ pomiar poziomu cukru
- ☐ przypominanie o lekach
- ☐ obserwacja samopoczucia pacjenta
- ☐ informowanie rodziny o zmianach stanu zdrowia

4. CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNE (TYLKO OPIEKUN MEDYCZNY)

- ☐ profilaktyka przeciwoleżynowa
- ☐ pielęgnacja odleżyn
- ☐ zmiana opatrunków
- ☐ pielęgnacja stomii
- ☐ pielęgnacja PEG / sondy
- ☐ pielęgnacja cewnika
- ☐ specjalne układanie pacjenta w łóżku

5. MOBILNOŚĆ I AKTYWIZACJA

- ☐ pomoc w chodzeniu
- ☐ asekuracja podczas poruszania się
- ☐ transfer (łóżko – fotel – wózek)

- ☐ spacery z podopiecznym
 - ☐ ćwiczenia ruchowe / gimnastyka
 - ☐ masaż opiekuńczy
-

6. WSPARCIE PSYCHICZNE I SPOŁECZNE

- ☐ rozmowa i towarzyszenie
 - ☐ organizacja czasu wolnego
 - ☐ aktywizacja poznawcza
 - ☐ wsparcie emocjonalne
 - ☐ przeciwdziałanie samotności
-

7. ORGANIZACJA CODZIENNEGO FUNKCJONOWANIA

- ☐ drobne zakupy
 - ☐ przygotowanie otoczenia pacjenta
 - ☐ utrzymanie porządku w najbliższym otoczeniu
 - ☐ pomoc w organizacji wizyt lekarskich
 - ☐ kontakt z rodziną / personelem medycznym
-

8. TRYB OPIEKI (PROSZĘ ZAZNACZYĆ)

- ☐ opieka godzinowa
- ☐ opieka dzienna
- ☐ opieka nocna
- ☐ opieka weekendowa
- ☐ opieka świąteczna
- ☐ opieka całodobowa

Preferowane godziny: _____

9. PREFERENCJE DOTYCZĄCE OPIEKUNA

Płeć:

- ☐ kobieta ☐ mężczyzna ☐ bez znaczenia

Wiek:

- ☐ do 30 lat ☐ 40–50 lat ☐ 50+ ☐ bez znaczenia

Kwalifikacje:

- ☐ nieistotne
 - ☐ mile widziane
 - ☐ bardzo ważne (certyfikaty / doświadczenie)
-

10. DODATKOWE INFORMACJE / OCZEKIWANIA

11. PODPIS

Miejscowość: _____

Data: _____

Podpis: _____