



**PLAN WSPARCIA UCZESTNIKA
DOMU SPECJALISTYCZNEGO**
.....
**FUNKCJONUJĄCEGO W RAMACH
KRAKOWSKIEGO CENTRUM SENIORA**
(wypełnia pracownik)

sporządzony w dniu

.....

Celem Planu Wsparcia Uczestnika Domu Specjalistycznego jest określenie i realizacja czynności zmierzających do utrzymania stanu psychofizycznego uczestnika pozwalającego na jego pozostawanie w dotychczasowym środowisku.

Dokument został sporządzony na podstawie:

- skierowania osoby na pobyt w Krakowskim Centrum Seniora oraz dokumentów pozyskanych podczas rekrutacji (Skala Barthel, Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego - MMSE),
- dokumentacji uczestnika,
- opinii zatrudnionych w Domu specjalistów,

Przy opracowywaniu niniejszego dokumentu uwzględniono: wiek, sytuację rodzinną, zdrowotną, informację o możliwościach psychofizycznych uczestnika oraz informację na temat możliwości samodzielnej egzystencji w miejscu zamieszkania przy wsparciu rodziny.

I. Dane uczestnika:

1. Nazwisko i imię.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia.....
4. Data i numer decyzji kierującej do Domu.....
5. Numer telefonu uczestnika.....
6. Numer telefonu osoby do kontaktu.....

II. Dane opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko:

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

Adres zamieszkania

Nr telefonu kontaktowego.....

III. Diagnoza Uczestnika:

1. Diagnoza sytuacji społecznej i rodzinnej uczestnika

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Diagnoza stanu psychicznego uczestnika (z uwzględnieniem liczby punktów uzyskanych w *Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Diagnoza w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego przez uczestnika (z uwzględnieniem liczby punktów uzyskanych w *Skali Barthel*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

IV. Ankieta osoby ubiegającej się o uczestnictwo w Domu Specjalistycznym

1. Oczekiwania dotyczące wsparcia:

Sposób spędzania wolnego czasu: <i>należy zaznaczyć właściwe pola „X”</i>	☐ spacery oraz wyjścia rekreacyjne, ☐ spotkania towarzyskie, ☐ gry towarzyskie, ☐ czytanie literatury, ☐ oglądanie telewizji, ☐ zajęcia ogólnousprawniające, ☐ zajęcia domowe, ☐ zajęcia manualne, ☐ inne.....
Rodzaj oczekiwanego wsparcia <i>należy zaznaczyć właściwe pola „X”</i>	☐ zapewnienie posiłku, ☐ pomoc w spożywaniu posiłków, ☐ udział w ćwiczeniach ruchowych, ☐ udział w zajęciach plastycznych, artystycznych, itp. ☐ udział w zajęciach podtrzymujących sprawność umysłową, ☐ udział w zajęciach muzycznych, ☐ udział w zajęciach teatralnych, ☐ udział w warsztatach dotyczących obsługi komputera/smartfona, ☐ gry stolikowe, ☐ wyjścia do teatrów, muzeów, kina, ☐ udział w wycieczkach/wyjazdach rekreacyjno – turystycznych, ☐ towarzystwo innych osób, ☐ udział w warsztatach tematycznych np. z zakresu higieny psychicznej, dbałości o zdrowie, bezpieczeństwa, etc. ☐ wsparcie psychologa, ☐ pomoc w zakresie: reprezentowania interesów w urzędach, ustalenia wizyt u lekarzy, ustalenia stopnia niepełnosprawności, uzyskania świadczeń z pomocy społecznej etc., ☐ transport z miejsca zamieszkania do Ośrodka i z powrotem ☐ wsparcie logopedy, ☐ inne.....

2. Diagnoza potrzeb uczestnika

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

V. Plan działań realizowanych z uczestnikiem w oparciu o przeprowadzoną diagnozę oraz indywidualne potrzeby:

1.....

 2.....

 3.....

 4.....

VI. Zakres usług świadczonych w ramach uczestnictwa:

Lp.	Rodzaj usług	Szczegółowe działania*	Uwagi dotyczące funkcjonowania mogące pomóc w realizacji usług
Usługi opiekuńczo – pielęgnacyjne			
1.	Pomoc w spożywaniu posiłków	☐ nie potrzebuje pomocy ☐ potrzebuje sporadycznej pomocy w	
		☐ potrzebuje stałej pomocy w	
2.	Dowóz - Usługa transportu	☐ wymaga transportu ☐ nie wymaga transportu – deklaruje transport we własnym zakresie	

3.	Pomoc w podstawowych czynnościach dnia codziennego	<u>Ubieranie się i rozbieranie się:</u> ☐ wymaga pomocy w ☐ wymaga sporadycznej pomocy w ☐ nie wymaga pomocy	
		<u>Poruszanie się:</u> ☐ wymaga pomocy w ☐ wymaga sporadycznej pomocy w ☐ nie wymaga pomocy	
		<u>Pomoc opiekuna osoby niesamodzielnej:</u> ☐ wymaga pomocy w ☐ wymaga sporadycznej pomocy w ☐ nie wymaga pomocy	
		<u>Pomoc w zakresie podawania/przenoszenia przedmiotów:</u> ☐ wymaga pomocy w ☐ wymaga sporadycznej pomocy w ☐ nie wymaga pomocy ☐	
		<u>Pomoc w zakresie tłumaczenia czynności dnia codziennego:</u> ☐ wymaga pomocy w ☐ wymaga sporadycznej pomocy w ☐ nie wymaga pomocy	

		<u>Inne (wskazać jakie):</u>	
4.	Pomoc przy czynnościach higienicznych i fizjologicznych	<u>Pomoc przy czynnościach higienicznych:</u> ☐ wymaga pomocy w ☐ wymaga sporadycznej pomocy w ☐ nie wymaga pomocy <u>Pomoc przy czynnościach fizjologicznych:</u> ☐ wymaga pomocy w ☐ wymaga sporadycznej pomocy w ☐ nie wymaga pomocy	
5.	Wsparcie świadczone przez pielęgniarkę/opiekuna medycznego	<u>Wymaga monitorowania stanu zdrowia</u> <u>Przyjmowane leki</u>	

Usługi aktywizacyjno – usprawniające			
1.	Terapia zajęciowa	<u>Udział w terapii zajęciowej¹</u> ☐ kulinarna ☐ reminiscencyjna (wspomnieniowa) ☐ informatyczna ☐ rozrywkowa ☐ ergoterapia ☐ arteterapia ☐ muzykoterapia ☐ biblioterapia ☐ choreoterapia	
2.	Zajęcia podnoszące sprawność i aktywność fizyczną	<u>Udział w zajęciach podtrzymujących aktywność fizyczną²</u> ☐ wymaga doboru indywidualnych ćwiczeń (jakich?) ☐ nie wymaga doboru indywidualnych ćwiczeń	
3.	Zajęcia podtrzymujące sprawność umysłową		
Usługi wspomagające			
1.		☐ Wsparcie logopedy ☐ Wsparcie pielęgniarstwa/opiekuna medycznego	

¹ Proszę zakreślić planowane

² Przy wyborze należy uwzględnić stan zdrowia i wskazania lekarza

	Indywidualne poradnictwo, edukacja udzielanie informacji	☐ Wsparcie psychologa ☐ Wsparcie fizjoterapeuty ☐ Wsparcie opiekuna osoby niesamodzielnej ☐ Wsparcie terapeuty zajęciowego Inne (jakie?)	
2.	Grupowe zajęcia edukacyjno- informacyjne	Wsparcie obligatoryjne - warsztaty grupowe - m.in. z zakresu: <u>Psycholog:</u> ☐ podnoszenie kompetencji osobowych i społecznych; ☐ poradnictwo, ☐ profilaktyka, ☐ gerontologia, Inne (jakie?) <u>Pielęgniarka/Opiekun medyczny:</u> ☐ promocja zachowań prozdrowotnych - zdrowy styl życia, Inne (jakie?) <u>Logopeda:</u> ☐ podnoszenie kompetencji komunikacyjnych ☐ sposoby usprawniania funkcji mowy, Inne (jakie?)	

		<u>Terapeuta zajęciowy:</u> ☐ sposoby kreatywnego spędzania czasu wolnego, Inne (jakie?) <u>Opiekun osoby niesamodzielnej:</u> ☐ trening zabiegów higienicznych, ☐ pomiar podstawowych parametrów funkcji życiowych, Inne (jakie?) <u>Fizjoterapeuta:</u> ☐ ćwiczenia z zakresu motoryki małej, ☐ ćwiczenia z zakresu motoryki dużej, Inne (jakie?)	
3.	Grupowe zajęcia wspierające	Jakie/ Z jakiego zakresu?:	
4.	Reprezentowanie interesów Uczestnika m.in. w dostępie do świadczeń i usług społecznych we współpracy z rodziną	Wskażać jakie instytucje oraz sprawę, której dotyczy reprezentacja:	
5.	Indywidualne rozmowy wspierające	☐ Psycholog: ☐ Pracownik socjalny:	

		☐ Logopeda ☐ Pielęgniarka/Opiekun medyczny: ☐ Fizjoterapeuta	
6.	Inne działania	Podać jakie:	

**zakreśl właściwe*

VII. Propozycja działań wobec rodziny lub opiekunów uczestnika Ośrodka³:

.....
.....
.....
.....

Sporządził/a:

data i podpis

Ewaluacja Planu Wsparcia Uczestnika Domu Specjalistycznego nastąpi do dnia

.....

VIII. Plan Wsparcia Uczestnika Domu Specjalistycznego, na wniosek każdej ze stron może ulec zmianie. Wszelkie zmiany niniejszego programu wymagają dla swojej ważności formy pisemnej.

IX. Oświadczenie uczestnika

³ Przykładowe pytania przydatne przy formułowaniu działań względem rodziny lub opiekunów:

- czy rodzina zna podstawowe zasady opieki i pielęgnacji osoby starszej,
- czy posiada wiedzę na temat zmian psychofizycznych zachodzących w procesie starzenia się organizmu.

Oświadczam, że:

Zobowiązuję się korzystać z przewidzianych dla mnie usług opiekuńczo - pielęgnacyjnych, usług aktywizująco- usprawniających i usług wspomagających świadczonych w Ośrodku w sposób określony w Planie Wsparcia Uczestnika Domu Specjalistycznego i niezwłocznie informować pracownika prowadzącego o wszelkich przeszkodach mogących mieć wpływ na jego realizację.

.....
data i podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

.....
Przygotował

.....
Zatwierdził

*Kierownik Zespołu
Terapeutyczno-Aktywizacyjnego
Nr*

Kraków, dnia

NOTATKI SŁUŻBOWE DOTYCZĄCE PRACY Z UCZESTNIKIEM

Lp.	Data	Treść (Obserwacje/Ustalenia z rozmów itp.)	Podpis osoby sporządzającej

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

**EWALUACJA PLANU WSPARCIA UCZESTNIKA
DOMU SPECJALISTYCZNEGO**

.....,
**FUNKCJONUJĄCEGO W RAMACH
KRAKOWSKIEGO CENTRUM SENIORA
W KRAKOWIE**
(wypełnia pracownik)

I. Dane uczestnika:

1. Nazwisko i imię.....
2. Data urodzenia.....
3. Data i numer decyzji kierującej do Domu.....
4. Numer telefonu uczestnika.....
5. Numer telefonu osoby do kontaktu.....

II. Dane opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania

Nr telefonu kontaktowego.....

III. Ocena funkcjonowania Uczestnika/Uczestniczki Specjalistycznego Domu:

Ocena dokonywana jest wspólnie z Uczestnikiem/Uczestniczką Domu (lub jeżeli nie pozwala na to stan zdrowia z jego opiekunem faktycznym/prawnym) w odniesieniu do poszczególnych obszarów funkcjonowania.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

OCENA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI WG SKALI BARTHEL

Liczba uzyskanych punktów:

Wnioski i uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**OCENA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI WG KRÓTKIEJ SKALI OCENY STANU PSYCHICZNEGO
– MMSE**

Liczba uzyskanych punktów:

Wnioski i uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Czy istnieją przeciwwskazania do dalszego uczestnictwa w Domu?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Jeżeli tak to wymienić jakie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

V. Czy wymagana jest modyfikacja w zakresie i/lub wymiarze oferowanego wsparcia?

- ☐ Tak
☐ Nie

VI. Dla osiągnięcia założonego celu głównego podejmowane będą następujące działania:

W ramach usług opiekuńczo – pielęgnacyjnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W ramach usług aktywizacyjno – usprawniających:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W ramach usług wspomagających:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII. Propozycja działań wobec rodziny lub opiekunów Uczestnika/Uczestniczki Domu:

Proszę uzupełnić, jeśli dotychczasowe działania wymagają modyfikacji.

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. Kolejna Ewaluacja Planu Wsparcia Uczestnika nastąpi do dnia

IX. Plan Wsparcia Uczestnika Domu Specjalistycznego na wniosek każdej ze stron może ulec zmianie.
Wszelkie zmiany niniejszego wymagają dla swojej ważności formy pisemnej.

X. Oświadczenia Uczestnika/Uczestniczki Specjalistycznego Domu

Oświadczam, że:

Zobowiązuję się korzystać z przewidzianych dla mnie usług opiekuńczo - pielęgnacyjnych, usług aktywizujących – usprawniających i usług wspomagających świadczonych w Domu w sposób określony w Planie Wsparcia Uczestnika Domu Specjalistycznego i niezwłocznie informować pracownika prowadzącego o wszelkich przeszkodach mogących mieć wpływ na jego realizację.

.....
data i podpis Uczestnika/Uczestniczki lub opiekuna prawnego

.....

Przygotował

.....

Zatwierdził

*Kierownik Zespołu
Terapeutyczno-Aktywizacyjnego
Nr...*