**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla potrzeb Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Solcu Kujawskim celem przyznania usług teleopieki w ramach projektu „Kujawsko-Pomorska Teleopieka” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko Pomorskiego na lata 2014- 2020, Osi Priorytetowej 9 Solidarne społeczeństwo, Działania 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałania 9.3.2 Rozwój usług społecznych.

**Imię i nazwisko pacjenta.....................................................................................................................**

**Pesel.......................................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania..............................................................................................................................**

1. **Ocena potrzeb wsparcia pacjenta:**

A: □ Pacjent wymaga stałej opieki bezpośredniej

B: □ Pacjent wymaga pomocy w niewielkim zakresie, w tym nadzoru okresowego zdalnego/bezpośredniego.

C: □ Pacjent jest zagrożony nagłymi stanami (ataki/upadki/zasłabnięcia. Itp.) wymagającymi szybkiej interwencji służb pomocowych.

D: □ Pacjent nie wymaga żadnego wsparcia.

1. **Przykładowe urządzenia których działanie może być potencjalne zakłócenie przez opaskę monitorującą:**

A: □ rozrusznik serca,

B: □ kardiowerter-defibrylator,

c: □ inne.

1. **Proszę zaznaczyć odpowiednie punkty (jeśli dotyczy):**

**CHOROBY SRECOWO -NACZYNIOWE** **CHOROBY I ZABURZENIA NEUROLOGICZNE/PSYCHICZNE**

□ angina pectoris, zapalenie tętnic wieńcowych □ depresja

□ choroby tętnic obwodowych □ demencja typu Alzheimer

□ nadciśnienie □ inne typy demencji

□ niewydolność serca □ epilepsja leczona obecnie

□ zaburzenia rytmu serca □ choroba Parkinsona

□ inne...................... □ inne...................................

**NOWOTWÓR OBECNIE LECZONY CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO**

□ nowotwór układu pokarmowego □ przewlekłe zapalenie jelita grubego

□ nowotwór narządów rodnych □ marskość wątroby

□ nowotwór kości □ kamica żółciowa

□ nowotwór prostaty □ obecnie leczony wrzód żołądka

□ nowotwór płuc □ inne..........................................

□ inne......................

**CHOROBY KRWI CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO**

□ obecnie leczona anemia □ niewydolność nerek

□ inne..................... □ inne............................................................

**CHOROBY PŁUC CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE**

□ astma □ zaburzenia równowagi

□ przewlekłe zapalenie oskrzeli □ inne.............................................................

□ niewydolność oddechowa

□ inne..........................................

**CHOROBY ZAKAŹNE ALERGIE**

□ AIDS □ alergia na leki[[1]](#footnote-1)………………………………

□ wirusowe zapalenie wątroby – w trakcie leczenia □ alergia oddechowa[[2]](#footnote-2)………………………….

□ inne......................................... □ alergia skórna[[3]](#footnote-3)……………………………….

**CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE**

□ cukrzyca typu 1

□ cukrzyca typu 2

□ niedoczynność tarczycy

□ niewydolność tarczycy

□ inne............................................

**Inne powody zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta istotne dla ustalenia wsparcia w projekcie oraz istotne dla służb ratunkowych:**

|  |
| --- |
|  |

…........................... …...........................................................

(data) (podpis i pieczątka lekarza)

**INFORMACJA DLA LEKARZA RODZINNEGO**

Projekt dotyczy osób, które nie wymagają całodobowej opieki fizycznej, a z uwagi na stan zdrowia, stan fizyczny lub psychiczny powinny otrzymać całodobowe wsparcie opiekunów zdalnych oraz dodatkowe usługi mające na celu aktywizację społeczną, umysłową i fizyczną.

Osoba zakwalifikowana do udziału w projekcie otrzyma wsparcie w codziennym funkcjonowaniu przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii takich jak teleopieka. Będzie to opaska na rękę, które w przypadku zasłabnięcia czy pogorszenia się stanu zdrowia pozwolą na przekazanie informacji do centrum alarmowego i wezwanie pomocy.

Centrum Teleopieki działa całodobowo przez siedem dni w tygodniu. Po wciśnięciu przycisku alarmowego przez osobę wzywającą pomoc, skontaktuje się z nią operator z centrum operacyjnego  
i po rozmowie ustali czy wzywać pomoc medyczną lub służby ratunkowe.

1. Proszę sprecyzować. [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę sprecyzować. [↑](#footnote-ref-2)
3. Proszę sprecyzować. [↑](#footnote-ref-3)