

Załącznik nr A do projektu umowy

Katalog usług opiekuńczych uzgodniony z klientem Panią/Panem.....

Podstawowy wykaz czynności opiekuńczych		TAK/NIE
LP.	I. Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych.	
1	Zakup/ pomoc przy zakupie artykułów spożywczych, artykułów gospodarstwa domowego i niezbędnych artykułów przemysłowych. Możliwość połączenia ze spacerem	
2	Przygotowanie posiłków z uwzględnieniem zalecanej diety	
3	Podanie posiłków	
4	Przynoszenie obiadów z Domu Dziennego Pobytu / stołówki	
5	Dokonywanie bieżących porządków w używanej przez klienta części mieszkania (np. mycie podłóg, odkurzanie, wietrzenie pomieszczeń, wynoszenie śmieci itp.)	
6	Utrzymanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych	
7	Utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego oraz sprzętu pomocniczego ułatwiającego codzienne funkcjonowanie	
8	Pranie bielizny osobistej (diennej i nocnej) oraz lekkiej odzieży klienta	
9	Dbanie o czystość bielizny pościelowej, ręczników	
10.	Prasowanie odzieży- nie częściej niż raz w tygodniu	
11.	Palenie w piecu w sezonie grzewczym (czyszczenie popielnika, wynoszenie popiołu)	
12.	Pomoc przy zapewnieniu opału	
13.	Zamawianie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych	
14.	Pomoc w dotarciu na wizytę lekarską	
15.	Realizacja recept lekarskich	
16.	Podawanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza	
17.	Mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru itp.	
18.	Załatwianie spraw urzędowych (opłacanie rachunków za media, czynsz, pomoc w wypożyczeniu sprzętu rehabilitacyjnego lub towarzyszenie podczas wizyt np. w urzędach, instytucjach, organizacjach), zgłaszanie napraw urządzeń i instalacji domowych	
19.	Dysponowanie dochodem klienta na jego wniosek	
20.	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb klienta podać jakie	

	II. Opieka higieniczna	
1	Pomoc w czynnościach codziennej toalety (np. golenie, czesanie, obcinanie paznokci itp.), motywowanie do dokonywania codziennej toalety	
2	Pomoc w przesłaniu łóżka	
3	Pomoc przy zmianie bielizny osobistej	
4	Pomoc przy ubieraniu/ rozbieraniu	
5	Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych	
6	Całkowita toaleta ciała w łóżku	
7	Częściowa toaleta ciała w łóżku	
8	Kąpiel w łazience (w miarę potrzeby)	
9	Toaleta przeciwoleżynowa (w miarę potrzeby)	
10.	Higiena jamy ustnej	
11.	Zmiana pampersów (w miarę potrzeby)	
12.	Układanie klienta w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji (w miarę potrzeby)	
13.	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb klienta podać jakie	
	III. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem	
1	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych w tym religijnych- organizowanie wyjść	
2	Spacery z klientem poruszającym się samodzielnie	
3	Pomoc klientowi poruszającemu się samodzielnie w dotarciu do ośrodka wsparcia i z powrotem do domu klienta	
4	Spacery z klientem poruszającym się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy innego sprzętu rehabilitacyjnego	
5	Pomoc klientowi poruszającemu się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy innego sprzętu rehabilitacyjnego w dotarciu do ośrodka wsparcia i z powrotem do domu klienta	
6	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb klienta jakie	

podpis klienta

podpis pracownika socjalnego

