



Załącznik Nr 1 do
Regulaminu usług wspierających realizowanych
przez Hospicjum w ramach projektu
„Aktywizacja społeczna mieszkańców
powiatu wejherowskiego”

DIAGNOZA POTRZEB

Celem diagnozy jest określenie sytuacji i potrzeb opiekuna osoby z niepełnosprawnością, ubiegającego się o wsparcie psychologiczne i opiekę dla podopiecznego. W każdym z punktów należy wskazać właściwą odpowiedź lub odpowiedzi albo krótko opisać problemy lub potrzeby, zgodnie ze stanem rzeczywistym. Odpowiedzi zostaną zweryfikowane przez Koordynatora w Hospicjum w celu zakwalifikowania uczestników do udziału w projekcie „Aktywizacja społeczna mieszkańców powiatu wejherowskiego”.

INFORMACJE O OPIEKUNIE

Imię i nazwisko opiekuna:	
PESEL:	

1. Korzystanie z dostępnych form wsparcia:

Czy **aktualnie** korzysta Pan/i jako osoba sprawująca opiekę nad bliskim z dostępnych form wsparcia:

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to z jakich (należy wskazać wszystkie, z których opiekun i podopieczny korzystają aktualnie):

- opieka wytchnieniowa ☐ TAK ☐ NIE
- asystent osoby z niepełnosprawnością ☐ TAK ☐ NIE
- wizyty pracownika socjalnego ☐ TAK ☐ NIE
- usługi opiekuńcze ☐ TAK ☐ NIE
- specjalistyczne usługi opiekuńcze ☐ TAK ☐ NIE
- inne, jakie: _____

2. Sytuacja rodzinna

- jestem jedynym opiekunem ☐ TAK ☐ NIE



3. Zdrowie opiekuna

Należy określić stan swojego samopoczucia i stanu zdrowia:

• Stan zdrowia:

☐ czuję się dobrze, jestem w pełni sprawna/y, opieka nie wpływa negatywnie na moje zdrowie;

☐ czasami jestem zmęczona/y, ale raczej nie mam poważnych kłopotów zdrowotnych;

☐ czuję się źle, wymagam stałej opieki lekarskiej ze względu na zły stan zdrowia;

☐ wymagam operacji/opieki ambulatoryjnej/rehabilitacji zdrowotnej w sanatorium.

• Nastroj:

☐ czasami jest mi smutno, ale to szybko mija,

☐ coraz częściej czuję smutek,

☐ bardzo często jest mi smutno i nie mam siły na codzienne obowiązki,

☐ jestem pod opieką psychologa/psychiatry.

INFORMACJE O PODOPIECZNYM

Imię i nazwisko:	
PESEL:	

1. Czynności opiekuńcze, w których w szczególności wymagane jest wsparcie:

- czynności samoobsługowe (ubieranie się, jedzenie, toaleta): ☐ TAK ☐ NIE
- czynności pielęgnacyjne (mycie głowy, ciała i kąpiel, obcinanie paznokci, golenie, itp.): ☐ TAK ☐ NIE
- przemieszczanie się: ☐ TAK ☐ NIE
- komunikowanie się z otoczeniem: ☐ TAK ☐ NIE
- inne, jakie: _____



WERYFIKACJA

Część formularza wypełniana przez Koordynatora

Kryteria	Punktacja
Czy uczestnik spełnia kryteria podstawowe określone w § 3 pkt 4 Regulaminu usług wspierających realizowanych przez Hospicjum	Osoba przewlekłe chora - TAK/NIE Opiekun faktyczny – TAK/NIE
Stopień niepełnosprawności Podopiecznego (1-2pkt)	
Samotne sprawowanie opieki nad Podopiecznym (0-1pkt)	
Osoby korzystające z programu FER PŻ (0-1pkt)	
Korzystanie z dostępnych form wsparcia (0-2pkt)	
RAZEM:	

Łączna liczba uzyskanych punktów:

Specjalistyczne usługi pielęgnacyjno - opiekuńcze zostają przyznane: ☐ tak ☐ nie

☐ Opiekun i Podopieczny zostają wpisani na listę rezerwową

☐ Opiekunowi przyznano udział w wsparciu psychologicznym (o formie i intensywności wsparcia decyduje specjalista, po pierwszej wizycie)

.....
Data i podpis Opiekuna

.....
Data i podpis Podopiecznego (jeśli możliwy)

.....
Data i podpis Koordynatora