Załącznik nr 2 do umowy

 Nr ZP.322……..2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ZAKRES  SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH PIELĘGNACYJNYCH****(wraz numerem kodu do wpisania na kartę opiekunki)** | **ORIENTACYJNY****CZAS  WYKONYWANIA CZYNNOŚCI** |
| 1 | Kąpanie chorego w łazience lub mycie chorego w łóżku (mycie i suszenie włosów, mycie całego ciała, podmycie, golenie, obcinanie paznokci u rąk i nóg). (1) | do 60 minut dziennie |
| 2 | Słanie łóżka i zmiana bielizny pościelowej u osób leżących, nie wstających z łóżka samodzielnie. (2) | do 15 minut |
| 3 | Układanie chorego w łóżku. (3) | do 15 minut |
| 4 | Pomoc w czynnościach fizjologicznych osób leżących i/lub wyłącznie siedzących samodzielnie – zmiana pampersa, podkładu. (4) | do 30 minut |
| 6 | Czesanie i ubieranie. (5) | do 30 minut |
| 6 | Przypomnienie o konieczności przyjęcia leków, przypomnienie o godzinach podania insuliny, smarowanie, oklepywanie, nacieranie w celu ograniczenia ryzyka wystąpienia podrażnień skóry i odleżyn, pomiar temperatury ciała, pomiar ciśnienia tętniczego aparatem podopiecznego. (6) | do 15 minut |
| 7 | Przygotowanie i podanie posiłku osobie leżącej, krztuszącej się ze wskazaniami medycznymi do podawania posiłków i napojów. (7) | do 120 minut w miesiącu |
| 8 | Asystowanie rodzinie przy przenoszeniu chorego. (8) | do 15 minut |
| 9 | Zamawianie wizyt lekarskich oraz współpraca opiekuna z lekarzem i pielęgniarką środowiskową, współpraca pracownika socjalnego z opiekunką oraz placówkami medycznymi (POZ, zespołem długoterminowej opieki pielęgniarskiej), obserwacja chorego i stanu jego świadomości, realizacja recept. (9) | do 60 minut w miesiącu |
| 10 | Przenoszenie chorego na/z wózka inwalidzkiego. (10) | Do 15 minut |
| Ilość usług pielęgnacyjnych | Odpłatność w % | Realizator usług |
|  |  |  |

(podpis podopiecznego) (data i podpis pracownika socjalnego)

 ……………………………. …..……………………………………………………