

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Szpital Domowy w Katowicach”

FORMULARZ KWALIFIKACJI MEDYCZNEJ UCZESTNIKA PROJEKTU

DANE OSOBOWE	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
PESEL	

I. Kryterium Miejsca Zamieszkania				
Mieszkaniec Katowic - stałe zameldowanie	TAK		NIE	
II. Kryterium Wiek				
Osoba powyżej 65 r. ż.	Pesel			
III. Potwierdzenie prawa do ubezpieczenia / weryfikacja w EWUŚ				
	TAK		NIE	
IV. Kryterium zaistnienia choroby przewlekłej lub nawrotowe korzystanie z leczenia szpitalnego – minimum 1 z powodów opisanych w załączniku nr 1				
IV a. Bezpośrednio po przebytej hospitalizacji (do 12 miesięcy) wypis ze szpitala z adnotacją lekarską potwierdzającą potrzebę opieki osób drugich w środowisku.	TAK		NIE	
IV b. Nawrotowe korzystanie z placówek medycznych – pobyty ≥ 2 x /rok w SOR / Izbie Przyjęć / oddziale szpitalnym. (załącznik nr 1)	TAK		NIE	
IV c. Choroba przewlekła wymagająca długotrwałego leczenia i nawrotowego korzystania z wizyt w POZ i AOS – opinia lekarza POZ	TAK		NIE	
V. Kryterium niesprawności funkcjonalnej				
Skala Barthel (TAK gdy 40-65 pkt.) pkt. TAK / NIE			
Ocena sprawności poznawczej - Skala AMTS (TAK gdy ≥ 6) pkt. TAK / NIE			
VI. Kryterium dodatkowe				
Skala ADL ocena podstawowych czynności życiowych (TAK gdy ≥ 4) pkt. TAK / NIE			
Skala IADL ocena złożonych czynności życiowych (TAK gdy ≥ 15) pkt. TAK / NIE			
VII. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	TAK.... / NIE....			

Projekt „Szpital Domowy w Katowicach” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. | tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl

VIII. Ocena sprawności fizycznej		
Częstość wychodzenia z domu w ciągu tygodnia Samodzielnie lub pod nadzorem minimum 3x w tygodniu	Ilość wyjść.....	TAK / NIE
Kryteria zespołu słabości (<i>Frailty</i>) oceniane orientacyjnie w POZ; stan przejściowy między sprawnością a niesprawnością Minimum 3 istniejące czynniki	<ol style="list-style-type: none"> 1. utrata masy ciała $\geq 2,5$ kg/6m 2. zgłaszanie uczucia zmęczenia 3. osłabienie- siła uścisku dłoni 4. wolne tempo poruszania 2 x 3 m po wstaniu ze stołka >28 sek 5. niski poziom aktywności fizycznej – wychodzenie z domu 0 -2 x / t 	<p>Ilość czynników</p> <p>.....</p> <p>TAK / NIE</p>
IX. Kryteria wykluczające – obecność co najmniej 1 z poniżej		
Obecność choroby alkoholowej	TAK / NIE	
Leczenie w PZP z powodu SCHI lub ChAD	TAK / NIE	
Uczestnictwo w programie dializoterapii ambulatoryjnej i domowej	TAK / NIE	
Terminalna faza choroby nowotworowej	TAK / NIE	
Przewlekłe odleżyny > 2 stopnia	TAK / NIE	
Skala AMTS < 6	TAK / NIE	

Wynik postępowania kwalifikacyjnego

Panią / Pana

włączono do / wykluczono z projektu Szpital Domowy w Katowicach.

Liczba uzyskanych punktów na minimum 6 kwalifikujących do włączenia.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

Projekt „Szpital Domowy w Katowicach” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. | tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl

Legenda:

Kryterium nawrotowego korzystania z leczenia szpitalnego z powodów opisanych poniżej

Załącznik 1

Nawrotowe korzystanie z placówek medycznych z wymienionego poniżej minimum 1 powodu :

- Niewydolność serca – (II – IV st. NYHA)
- Choroba wieńcowa – pobyt w oddziale kardiologii zabiegowej / kardiochirurgicznym w celu wykonania zabiegów naprawczych / rewaskularyzacyjnych na naczyniach wieńcowych
- Niestabilne nadciśnienie – przełom nadciśnieniowy, nadciśnienie niestabilne złośliwe obecność hipotensji ortostatycznej (test pionizacyjny).
- Zaburzenia rytmu oceniane przez lekarza POZ według ustalonego zakresu kwalifikacyjnego Ocena EKG
- Niestabilna / źle leczona cukrzyca poziom HBA1c $\geq 8\%$ $\leq 5,7\%$ glikemia na czczo powyżej 100 mg% u osób bez wiedzy na temat cukrzycy, przygodna glikemia u chorych na cukrzycę > 200 mg%
- PCHN potwierdzona wypisem szpitalnym – kreatyninemia ≥ 2 mg%
- TIA /Udar wypis z diagnozą i badaniem neuroobrazowym
- POCHP i lub niewydolność oddechowa rozpoznawana jako jedna z trzech głównych diagnoz wypisowych z oceną duszności wg skali MRC
- Nawrotowe upadki/ pełne omdlenia $> 1 / 6$ miesięcy
- Przebyte zabiegi ortopedyczne związane z leczeniem konsekwencji upadków z uszkodzeniem kości i lub części miękkich
- Odwodnienie z niedożywieniem – diagnoza szpitalna i BMI ≤ 19
- Leczenie objawowe choroby nowotworowej w fazie nie terminalnej

AMTS – Skrócony Test Sprawności Umysłowej (Abbreviated Mental Test Score, Hodkinson 1972) Zadaj kolejno poniższe pytania. Badany otrzymuje punkt za każdą prawidłową odpowiedź lub 0 punktów za brak lub złą odpowiedź. Na koniec testu podlicz punkty.

- Ile ma Pan/Pani lat?
- Która jest godzina? (podać z dokładnością do 1 godziny)
- Proszę powtórzyć i zapamiętać podany adres: ul. Gruszkowa 42 Katowice
- Który mamy rok?
- Jaki jest Pana/Pani adres?
- Kto to jest Jan Paweł II?
- Kiedy się Pan/Pani urodził/a? (proszę podać pełną datę)
- W którym roku rozpoczęła się II Wojna Światowa?
- Jak nazywa się Prezydent?
- Policz wstak od 20 odejmując 1
- Proszę przypomnieć adres, który wcześniej podałam/łem

SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI W ŻYCIU CODZIENNYM - SKALA KATZA (ADL)

samodzielny tak – 1 nie - 0

- kąpanie się
- ubieranie się i rozbieranie
- korzystanie z toalety
- wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel

Projekt „Szpital Domowy w Katowicach” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. | tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl



- samodzielne jedzenie
- kontrolowane wydalanie moczu i stolca

SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO (SKALA LAWTONA) – IADL (wypełnia opiekun osoby chorej)

- Czy potrafi korzystać z telefonu ?
3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = zupełnie nie jesteś w stanie korzystać
 - Czy jest w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru ?
3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = zupełnie nie jesteś w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań
 - Czy wychodzi na zakupy po artykuły spożywcze ?
3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = zupełnie nie jesteś w stanie robić jakichkolwiek zakupów
 - Czy może samodzielnie przygotować sobie posiłki ? 3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = nie jesteś w stanie
 - Czy może samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie) ?
3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = zupełnie nie jesteś w stanie
 - Czy może samodzielnie majsterkować
3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = nie jesteś w stanie
 - Czy może wyprać swoje rzeczy ?
3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = nie jesteś w stanie
 - Czy samodzielnie przygotowuje i przyjmuje leki ?
3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = nie jesteś w stanie
 - Czy samodzielnie gospodaruje pieniędzmi ?
3 = bez pomocy 2 = z niewielką pomocą 1 = nie jesteś w stanie
-

ⁱ Orzeczenie wydane przez Powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności.