

BEZPIECZNIE WE WŁASNYM DOMU – nowoczesne technologie w usługach opiekuńczych dla seniorów i osób nie w pełni samodzielnych z podregionu rybnickiego

Załącznik nr 4 (dokument opcjonalny)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wystawiane celem spełnienia kryterium kwalifikującego do udziału w projekcie „BEZPIECZNIE WE WŁASNYM DOMU – usługi teleopiekuńcze w mieście Częstochowa” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego z poddziałania 9.2.5. Instytucją Zarządzającą projektem jest Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (umowa nr RPSL.09.02.05-24-07DH/16).

DANE PACJENTA	
Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres	

1. Ocena stanu samodzielności pacjenta dla służb ratunkowych/teleopieki:

- A. Nie radzi sobie z min. jedną czynnością dnia codziennego
 B. Potrzeba stałej pomocy/monitoringu teleopieką

2. Proszę zaznaczyć odpowiednie punkty (jeśli dotyczy):

CHOROBY SERCOWO – NACZYNIOWE

- angina pectoris, zapalenie tętnic wieńcowych
 choroby tętnic obwodowych
 nadciśnienie
 niewydolność serca
 zaburzenia rytmu serca
 inne

CHOROBY NEUROLOGICZNE

- demencja typu Alzheimer
 inny typ demencji
 epilepsja leczona obecnie
 choroba Parkinsona
 inne

NOWOTWÓR OBECNIE LECZONY

- nowotwór układu pokarmowego
 nowotwór narządów rodnych
 nowotwór kości
 nowotwór prostaty
 nowotwór płuc
 inne

CHOROBY KRWI

- obecnie leczona anemia
 inne

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO

- niewydolność nerek
 inne



BEZPIECZNIE WE WŁASNYM DOMU – usługi teleopiekuńcze w mieście Częstochowa

CHOROBY PŁUC

- astma
- przewlekłe zapalenie oskrzeli
- niewydolność oddechowa

- inne

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE

- zaburzenia równowagi
- inne

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE

- cukrzyca typu 1
- cukrzyca typu 2
- niedoczynność tarczycy
- niewydolność tarczycy
- inne

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

- przewlekłe zapalenie jelita grubego
- marskość wątroby
- kamica żółciowa
- obecnie leczony wrzód żołądka
- inne

CHOROBY ZAKAŻNE

- AIDS
- wirusowe zapalenie wątroby – w trakcie leczenia
- inne

ALERGIE

- alergia na leki (proszę sprecyzować)
.....
- alergia oddechowa (proszę sprecyzować)
.....
- alergia skórna (proszę sprecyzować)
.....

Inne powody zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta istotne dla służb ratunkowych:

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć

