

DZIENNY PLAN OPIEKI W RAMACH OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

PAWILON NR MIESZKANIA

DATA

LP	CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNO- OPIEKUŃCZE	Zaznaczyć: X		STANIOWISKO I PODPIS
		Tak	Nie	
1.	Obchód poranny			
2.	Rozłożenie i podanie zleconych leków			
3.	Wykonanie zleconych zabiegów typu: opatrunki, iniekcje			
4.	Wykonywanie zleconych pomiarów: ciśnienie, tętno, poziom cukru			
5.	Obchód wieczorny			
6.	Toaleta poranna -higiena j. ustnej -mycie ciała -zmiana pampersa -mycie krocza -toaleta przeciwoleżynowa -ubieranie			
7.	Zmiana pampersa -mycie krocza			
8.	Toaleta wieczorna -higiena j. ustnej -mycie ciała -zmiana pampersa -mycie krocza -toaleta przeciwoleżynowa -rozbieranie			

9.	Sprawowanie opieki nocnej			
10.	Słanie łóżka -rano -wieczór			
11.	Zmiana pościeli -całkowita -częściowa			
12.	Zmiana ręczników			
13.	Kąpiel -łóżko -wanna -natrysk			
14.	Mycie włosów			
15.	Czesanie włosów / golenie			
16.	Obcinanie paznokci			
17.	Przygotowanie do spożycie posiłku, karmienie, mycie naczyń śniadanie obiad kolacja			
18.	Przygotowanie i podanie płynów (napoi)			
19.	Zmiany pozycji w łóżku			
20.	Pomoc przy korzystaniu z wózka inwalidzkiego			
21.	Sprzątanie mieszkania			
22.	Zajęcia w świetlicy			
23.	Zajęcia terapeutyczne			
24.	Uczestnictwo we mszach lub spotkaniach modlitewnych			
25.	Korzystanie z pralni			
26.	Spotkanie z psychologiem			
27.	Spotkanie z pracownikiem socjalnym			
28.	Inne			