



DOM SENIORA BOCHNIA

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI 360°

Imię i nazwisko mieszkańca: _____

PESEL: _____

Numer pokoju: _____

Data przyjęcia do placówki: _____

Data opracowania planu: _____

Data kolejnej weryfikacji (max 30 dni): _____

I. STAN MEDYCZNY I DIAGNOZY

Zgodny z kartą przyjęcia

II. PLAN MEDYCZNY

Leki zgodne z zaleceniem lekarza/kartą przyjmowania leków

Monitorowanie parametrów (jak często?): _____

Konsultacje specjalistyczne:

Zalecenia lekarza prowadzącego:

III. PLAN PIELEGNACYJNY

Higiena osobista (zakres pomocy): _____

Profilaktyka przeciwoleżynowa (materac / zmiana pozycji):

Wsparcie przy poruszaniu się: _____

Kontrola nawodnienia: _____

Kontrola skóry: _____

Wsparcie przy toalecie / inkontynencja: _____

IV. PLAN REHABILITACJI

Zakres ćwiczeń: _____

Częstotliwość: _____

Cele rehabilitacyjne: _____

Osoba prowadząca rehabilitację: _____

V. PLAN AKTYWIZACJI I WSPARCIA PSYCHICZNEGO

Preferowane formy aktywności: _____

Zajęcia grupowe / indywidualne: _____

Wsparcie emocjonalne (rozmowy, terapia zajęciowa): _____

Preferowane formy aktywności (np. muzyka, spacer, gry): _____

VI. PLAN ŻYWIENIA

Rodzaj diety: _____

Problemy z połykaniem: _____

Apetyt / suplementacja: _____

VII. CELE OPIEKI NA NAJBLIŻSZE 30 DNI

Cel 1: _____

Cel 2: _____

Cel 3: _____

Cele powinny być mierzalne i możliwe do oceny podczas kolejnej weryfikacji planu.

VIII. POTWIERDZENIE I AKTUALIZACJA

Czy cele zostały osiągnięte?

Tak Częściowo Nie

Podpis kierownika



DOM SENIORA BOCHNIA