Załącznik nr 4 do Regulaminu

**DZIENNY PLAN W RAMACH OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej ................................................................................

Nr pokoju .....................

Data .................................................................... 2024r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE** | **ZAZNACZYĆ : X** | **STANOWISKO 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 jamy ustnej-mycie ciała-zmiana pampersa-mycie krocza-toaleta przeciwodleżynowa-ubieranie |  |  |  |
| 7 | Zmiana pampersa-mycie krocza |  |  |  |
| 8 | Toaleta wieczorna-higiena jamy ustnej-mycie ciała-zmiana pampersa-mycie krocza-toaleta przeciwodleżynowa-rozbieranie |  |  |  |
| 9 | Słanie łóżka-rano-wieczór |  |  |  |
| 10 | Zmiana pościeli-całkowita-częściowa |  |  |  |
| 11 | Zmiana ręczników |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 12 | Kąpiel-łóżko-wanna-natrysk |  |  |  |
| 13 | Mycie włosów |  |  |  |
| 14 | Czesanie włosów/golenie |  |  |  |
| 15 | Obcinanie paznokci |  |  |  |
| 16 | Przygotowanie do spożycia posiłku, karmienie, mycie naczyńśniadanieobiadkolacja |  |  |  |
| 17 | Przygotowanie i podanie płynów (napoi) |  |  |  |
| 18 | Zmiany pozycji w łóżku |  |  |  |
| 19 | Pomoc przy korzystaniu z wózka inwalidzkiego |  |  |  |
| 20 | Sprzątanie mieszkania |  |  |  |
| 21 | Zajęcia w świetlicy |  |  |  |
| 22 | Zajęcia terapeutyczne |  |  |  |
| 23 | Uczestnictwo we mszach lub spotkaniach modlitewnych |  |  |  |
| 24 | Korzystanie z pralni |  |  |  |
| 25 | Spotkanie z psychologiem |  |  |  |
| 26 | Spotkanie z pracownikiem socjalnym |  |  |  |
| 27 | Inne |  |  |  |