



**REGULAMIN ORGANIZACYJNY  
DZIENNEGO  
DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ  
W  
Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.**

**Kwiecień 2019**

**„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu lukowskiego” RPLU.11.02.00-06-0075/18-02**

## ROZDZIAŁ I PRZEPISY OGÓLNE

### § 1

Regulamin organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej w Kryncku 1C, zwany dalej "Regulaminem" określa szczegółowe zasady organizacji, funkcjonowania, rekrutacji oraz zakres usług świadczonych przez Dzienny Dom Opieki Medycznej realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 pod tytułem: „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu lukowskiego”

Ilekróć w regulaminie jest mowa o:

- 1) **Deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej** – proces przejścia od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, realizowany zgodnie z „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” i wymagający z jednej strony rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej
- 2) **Dzienny dom opieki medycznej (DDOM)** - jest jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych;
- 3) **Indywidualny plan wsparcia** – plan pracy terapeutycznej z uczestnikiem, tworzony na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany;
- 4) **Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)** – wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcyjnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych;
- 5) **Osoba korzystająca ze wsparcia** – osoba bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki medycznej;
- 6) **Koszt pobytu** – wszystkie koszty związane z objęciem opieką osób zakwalifikowanych do pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej;
- 7) **Pobyt w Dziennym Domu Opieki Medycznej** – korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) świadczonych w dziennym domu opieki medycznej;
- 8) **Rodzina** – osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące lub wskazane przez osobę zakwalifikowaną do dziennego domu opieki medycznej;
- 9) **Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny** w skrócie **WZT**– zespół powoływany do kompleksowej opieki nad osobami zakwalifikowanymi do Dziennego Domu Opieki Medycznej;
- 10) **Beneficjent** – Centrum Medyczno- Diagnostyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Siedlcach;



- 11) **Wniosek** – oznacza wniosek o dofinansowanie projektu pt „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu łukowskiego” w ramach RPO 2014-2020;
- 12) **Projekt** - przedsięwzięcie zmierzające do osiągnięcia założonego celu określonego wskaźnikami, z określonym początkiem i końcem realizacji, zgłoszone do objęcia albo objęte współfinansowaniem UE jednego z funduszy strukturalnych albo Funduszu Spójności w ramach programu operacyjnego
- 13) **Termin realizacji projektu** - oznacza okres od 01.01.2019r. do 31.10.2020r.;
- 14) **Okres świadczenia opieki medycznej pacjentom DDOM w ramach projektu**- od 02.05.2019 r. do 31.10.2020r.;
- 15) **POZ**- Podstawowa Opieka Zdrowotna;
- 16) **AOS**- Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna;
- 17) **Lista oczekujących**- spis pacjentów wg kolejności złożenia wniosków rekrutacyjnych do DDOM;
- 18) **Lista rezerwowa**- spis pacjentów wg kolejności złożenia wniosków rekrutacyjnych do DDOM ponad limit wynikający z założeń wniosku;
- 19) **MZ** – Ministerstwo Zdrowia;
- 20) **PO WER** - Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020;
- 21) **UE** - Unia Europejska;
- 22) **CMD**- Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o. z siedzibą w Siedlcach;
- 23) **EFS** – Europejski Fundusz Społeczny;
- 24) **RPO** - Regionalny Program Operacyjny

## § 2

1. Dzienny Dom Opieki Medycznej używa nazwy skróconej: „DDOM”.
2. DDOM prowadzony jest przez Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o., i funkcjonuje jako komórka organizacyjna utworzona w związku z realizacją przedmiotowego projektu.
3. Dzienny Dom Opieki Medycznej jest placówką wsparcia dziennego przeznaczoną dla osób, które z powodu choroby lub innych przyczyn są niesamodzielne i wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione lub rodzina nie może im takiej pomocy zapewnić.
4. W DDOM zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.
5. DDOM działa na podstawie:
  - zatwierdzonego w dniu 17 grudnia 2014r. przez Komisję Europejską Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój ( PO WER).
  - Regulaminu Dziennego Domu Opieki Medycznej.

## § 3

1. Siedzibą Dziennego Domu Opieki Medycznej jest 21-400 Krynka 1C w powiecie łukowskim
2. Adres strony internetowej: [www.centrum.med.pl](http://www.centrum.med.pl), gdzie została stworzona zakładka poświęcona DDOM.

## ROZDZIAŁ II ZASADY FUNKCJONOWANIA DDOM

### § 4

1. DDOM będzie funkcjonował od 01.01.2019 r. do 31.10.2020 r.
2. DDOM będzie udzielał świadczeń zdrowotnych przez cały rok, we wszystkie dni robocze, od poniedziałku do piątku, 8 godzin dziennie tj. od godziny 8.00-16.00



3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalony indywidualnie przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (WZT) i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni.
4. Usługi prowadzone przez DDOM są dostosowane do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta z uwzględnieniem adekwatnej do potrzeb opieki lekarskiej, pielęgniarstwa oraz rehabilitacyjnej.
5. Opieka w DDOM świadczona będzie przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (WZT) (patrz rozdz. V).
6. DDOM podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych i Pielęgniarsce Naczelnej.
7. Osobą decyzyjną jest Zarząd Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o.o.
8. W strukturze organizacyjnej Centrum wyodrębniono komórkę organizacyjną z kodem 2200 pod nazwą Dzienny Dom Opieki Medycznej.
9. Wsparcie w ramach projektu otrzymają osoby przebywające głównie w powiecie łukowskim.
10. Usługi DDOM będą realizowane dodatkowo przez okres przynajmniej 3 lat od zakończenia projektu (czyli do 01.11.2023r.) zabezpieczy środki na utrzymanie i funkcjonowanie DDOM-u. Trwałość projektu zostanie zapewniona przez:
  - Udzielanie świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (bez udziału środków europejskich) lub,
  - Pobieranie opłat za usługi w ramach DDOM w wysokości, która nie generuje dochodu lub,
  - Zapewnienie utrzymania gotowości do wykonywania ww. usług, przy jednoczesnym prowadzeniu działań informacyjnych o możliwości korzystania z DDOM-u w razie braku kontraktu z NFZ, czy chętnych na korzystanie ze świadczeń za odpłatnością.

### **ROZDZIAŁ III OSOBY KORZYSTAJĄCE Z USŁUG DDOM**

#### **§ 5**

Wsparcie skierowane jest do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w Dziennym Domu Opieki Medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

#### **§ 6**

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej będą objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

#### **§ 7**

Podstawowe cele kwalifikowania pacjentów do Dziennego Domu Opieki Medycznej to: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki - możliwe do uzyskania poprzez

rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego - co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką.

### § 8

DDOM obejmie wsparciem 100 osób ( w tym 55 kobiet i 45 mężczyzn) w tym co najmniej 50 osób w wieku powyżej 65 lat. W Dziennym Domu Opieki Medycznej będzie mogło przebywać równocześnie maksymalnie 25 pacjentów.

### § 9

**Do DDOM mogą być przyjęci pacjenci:**

- pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;
- pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

### § 10

Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM ze wsparcia wyłączone będą osoby obecnie korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby , w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień), oraz korzystały z w/w świadczeń w okresie po hospitalizacji.

## ROZDZIAŁ IV

### ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE W DDOM

#### § 11

Świadczenia zdrowotne są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

#### § 12

Kierowanie do dziennego domu opieki medycznej odbywa się na podstawie skierowania (załącznik nr 1) oraz karty oceny stanu klinicznego, sporządzanej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel) (załącznik nr 2). Skierowanie do dziennego domu opieki medycznej wydaje:

- lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;
- w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.

#### § 13



Dzienny Dom Opieki Medycznej zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach DDOM należą:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

#### § 14

Szczegółowy wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą być realizowane w ramach DDOM w zakresie rehabilitacji leczniczej znajduje się w zał. nr 5 i jest załącznikiem do niniejszego regulaminu.

#### § 15

Szczegółowy wykaz badań laboratoryjnych, które będą wykonywane pacjentom DDOM (w przypadku, gdy nie były wykonane u pacjenta przed przyjęciem) a znajomość ich wyników jest niezbędna do przeprowadzenia Całościowej Oceny Geriatrycznej znajduje się w zał. nr 6 i jest załącznikiem do niniejszego regulaminu.

#### § 16

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się pacjentowi w ramach projektu Europejskiego Funduszu Społecznego niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.

#### § 17

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie. Prowadzone będą zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Zapewniamy bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania w razie potrzeby. W tym przypadku wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny/ opiekuna pacjenta do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu (zał. nr 4, który jest załącznikiem do niniejszego regulaminu).

#### § 18

DDOM zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach DDOM należą:

- 1) udzielanie pomocy pacjentom DDOM-u w podstawowych czynnościach życiowych,
- 2) opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- 3) zapewnienie właściwej opieki medycznej i rehabilitacyjnej nad pacjentami DDOMU,
- 4) zaopatrzenie pacjentów w leki, których zastosowanie podyktowane będzie potrzebą pomocy doraźnej w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia,
- 5) utrzymanie właściwego stanu higieniczno – sanitarnego,
- 6) prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów objętych opieką w DDOM,
- 7) wydawanie posiłków i karmienie pacjentów niezdolnych do samodzielnego ich spożywania,



- 8) opracowywanie programów fizjoterapii, których celem będzie poprawa stopnia funkcjonalności, motoryki i samoobsługi pacjentów DDOMu,
- 9) kreowanie modelu zachowań prozdrowotnych ze szczególnym propagowaniem różnych form zajęć ruchowych, które pozwolą na utrzymanie możliwie dobrej sprawności fizycznej pacjentów ,
- 10) prowadzenie terapii zajęciowej wśród pacjentów oraz ich aktywizacja,
- 11) prowadzenie działalności kulturalno – oświatowej wśród pacjentów DDOM-u, organizowanie świąt, uroczystości okazjonalnych oraz imprez artystycznych dla pacjentów DDOMU takich jak: wystawy, koncerty, spotkania, konkursy.

## § 19

DDOM świadczy usługi:

### 1. Bytowe, zapewniając:

- miejsce pobytu, wyposażone w niezbędne meble i sprzęt,
- wyżywienie, w tym dietetyczne zgodnie ze wskazówkami lekarza, w ramach obowiązujących norm żywieniowych.

### 2. Opiekuńcze, polegające na:

- udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych i pielęgnacji.

### 3. Wspomagające, polegające na:

- umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej,
- podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu pacjentów,
- umożliwieniu zaspokojenia potrzeb kulturalnych,
- stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- działaniu zmierzającym do usamodzielnienia się pacjenta, w miarę jego możliwości,
- zapewnieniu przestrzegania praw pacjenta oraz dostępności do informacji o tych prawach dla mieszkańców DDOM-u.

## ROZDZIAŁ V OSOBY UDZIELAJĄCE ŚWIADCZEŃ W DDOM

## § 20

Opieka dla pacjentów przebywających w DDOM realizowana będzie przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny powołany przez Z-ca Dyrektora ds. medycznych w składzie:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej - zapewnienie konsultacji przy kwalifikacji i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
- 2) lekarz specjalista w dziedzinie geriatric - zapewnienie konsultacji przy kwalifikacji i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby oraz edukacja.
- 3) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
- 4) pielęgniarka koordynująca pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu,
- 5) pielęgniarka;
- 6) fizjoterapeuta;

- 7) opiekun medyczny;
- 8) terapeuta zajęciowy;
- 9) psycholog, który udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
- 10) dietetyk, który z chwilą przyjęcia pacjenta do Dziennego Domu Opieki Medycznej opracuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów,
- 11) logopedy lub afazjologa, który będzie udzielał świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;

## § 21

1. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny zobowiązany jest do przeprowadzania cotygodniowych narad w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji oraz ustalenia dalszego planu terapii.
2. W cotygodniowych naradach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego musi uczestniczyć co najmniej 50% składu zespołu. Termin spotkania wyznacza kierownik zespołu czyli pielęgniarka koordynująca.

## § 22

Dodatkowo, w przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów, można nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

## § 23

Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny ustala czas trwania pobytu w DDOM dla każdego pacjenta, przy czym nie może on być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni.

## § 24

1. Pobyt może zostać skrócony z 30 dni w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).
2. W ciągu 30 pierwszych dni roboczych, pacjenci przebywać będą w DDOM przez 5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.
3. **Ponadto, istnieje możliwość uelastycznienia godzin i dni pobytu - jednak uzależnione jest to wyłącznie potrzebami zdrowotnymi pacjenta.**

## § 24

Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny na etapie kwalifikacji pacjenta do DDOM lub najpóźniej w trzecim dniu od przyjęcia pacjenta do DDOM dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb – również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków. Zastosowanie określonych i wskazanych poniżej narzędzi do oceny stanu zdrowia



pacjenta powinno być zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie Całościowa Ocena Geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny wg skali VES-13.

## § 25

Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej pacjentów przeprowadza się:

### a) W przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż:

- ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- ocenę fizyczną:
  - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
  - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
  - określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
  - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem;
- ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.

### b) W przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż:

- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- ocenę fizyczną:
  - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
  - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
  - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
  - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem;
- ocenę stanu umysłowego:

- ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisem.
- określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.

## ROZDZIAŁ VI

### REKRUTACJA PACJENTÓW DO DDOM

#### § 26

- 1) Rekrutacja jest prowadzona w trybie ciągłym.
- 2) Wymagane dokumenty rekrutacyjne tj:
  - a) skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej (zał. nr 1)
  - b) kartę oceny stanu klinicznego wg skali Barthel (zał. nr 2) wystawione przez lekarza POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym, przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu
  - c) deklarację udziału w projekcie (zał. nr 3)
  - d) zgodę i zobowiązanie rodziny / opiekuna pacjenta (zał. nr 4)
  - e) oświadczenie uczestnika projektu (zał. nr 7)
  - f) Formularz rekrutacyjny (zał. nr 8).
- 3) należy składać w **Dziennym Domu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o., Krynka 1C, 21-400 Łuków**, w dni robocze od godz. 08:00 do 14:30:
  - a. osobiście w sekretariacie DDOM,
  - b. listownie w kopercie z dopiskiem „DDOM LUBLIN”,
  - c. drogą elektroniczną e- mail: [ddom@centrum.med.pl](mailto:ddom@centrum.med.pl)
- 4) Powyższe druki można pobrać w sekretariacie bądź ze strony internetowej <http://www.centrum.med.pl> w zakładce Dzienny Dom Opieki Medycznej.
- 5) Dokumenty mogą być dostarczone osobiście przez pacjenta, rodzinę bądź jego opiekuna lub pocztą na adres wskazany powyżej.
- 6) Data wpływu dokumentów do DDOM (dyżurka lekarska i pielęgniarska) decyduje o kolejności rejestracji w kolejce oczekujących.
- 7) O przyjęciu decyduje suma uzyskanych punktów w ramach kryteriów obligatoryjnych i premiujących wg załącznika nr 8- formularz rekrutacyjny, następnie kolejność zgłoszeń,
- 8) Rekrutacja prowadzona będzie w trybie ciągłym do dnia 01.04.2019 r., lub do wyczerpania liczby miejsc zadeklarowanych w projekcie.
- 9) W pierwszym etapie wymagane jest złożenie kompletnych dokumentów przez osoby zainteresowane objęciem opieki. O zakwalifikowaniu pacjenta do kolejnego etapu poinformujemy drogą telefoniczną.
- 10) W przypadku złożenia niekompletnych dokumentów prosimy o uzupełnienie braków w terminie 10 dni roboczych (od daty poinformowania o tym fakcie). Nie uzupełnienie braków w dokumentach będzie skutkowało skreśleniem z listy oczekujących.



- 11) Osoby nie zakwalifikowane do projektu ze względu na brak wolnych miejsc zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
- 12) Rekrutacja będzie odbywać się z uwzględnieniem zasady równości dostępu do świadczeń bez względu m.in. na płeć, niepełnosprawność, status społeczny, pochodzenie.
- 13) W przypadku nie zakwalifikowania pacjenta do projektu nie będą odsyłane dokumenty zgłoszeniowe. Będą one znajdować się w siedzibie DDOM.
- 14) Na wszystkie złożone wnioski zostanie udzielona odpowiedź o zakwalifikowaniu /bądź nie zakwalifikowaniu / do projektu w formie listownej, telefonicznej lub drogą elektroniczną.
- 15) Wszelkie pytania na temat rekrutacji i funkcjonowania DDOM można przysyłać drogą elektroniczną na adres: [ddom@centrum.med.pl](mailto:ddom@centrum.med.pl)
- 16) Osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia:
  - a. Deklaracja udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,
- 17) Osobom, którym udzielone będzie wsparcie w formie zapewnienia bezpłatnego transportu do/z DDOM zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia zobowiązania rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.
- 18) Wymienione powyżej dokumenty muszą być opatrzone własnoręcznym, czytelnym podpisem Uczestnika/Opiekuna wraz z datą wypełnienia dokumentów.
- 19) W uzasadnionych przypadkach, Centrum ma prawo zweryfikować wiarygodność danych podanych w formularzu rekrutacyjnym i załącznikach przez:
  - sprawdzenie ich w odpowiednich instytucjach lub,
  - zobowiązanie uczestników do przedłożenia stosownych dokumentów.
- 20) Dokumentacja rekrutacyjna przetwarzana jest i przechowywana z poszanowaniem postanowień zapisów Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych z późn.zm. (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zam.). Prawa i obowiązki Uczestnika Projektu
- 21) Po zakończeniu udziału pacjent i opiekun pacjenta/członek rodziny wypełnia ankietę oceniającą usługi DDOM.

## **ROZDZIAŁ VII PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA**

### **§ 27**

W razie istotnej dysfunkcji motorycznej narządów ruchu pacjenta, która zostanie oceniona przez WZT, DDOM świadczy bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do DDOM-u i powrót do miejsca zamieszkania. W tym przypadku wymagana będzie zgoda i zobowiązanie rodziny/ opiekuna do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu (zał. nr 4)

### **§ 28**

Pacjent uczestniczący w projekcie i rodzina/ opiekun mają obowiązek:

1. Stosować się do wewnętrznych regulaminów obowiązujących w Centrum Medyczo-Diagnostycznym z siedzibą w Siedlcach;
2. Współpracować z zespołem terapeutycznym w przygotowaniu pacjenta do transportu;



3. Dostarczyć leki zażywane przewlekłe przez pacjenta (choroby przewlekłe) w oryginalnych opakowaniach z datą ważności;
4. Informować telefonicznie o nieobecności uczestnika projektu.

#### § 29

Udział rodziny lub opiekuna w organizowanych przez personel DDOM-u spotkaniach edukacyjnych będzie obowiązkowy.

#### § 30

**Obowiązkiem pacjenta jest:**

- przestrzeganie kultury, dbanie o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny,
- troska o mienie DDOM-u, a w szczególności będące w bezpośredniej jego dyspozycji,
- niezwłoczne powiadomienie personelu o awarii, uszkodzeniu sprzętu lub urządzeń DDOM-u,
- przestrzeganie ustalonych godzin spożywania posiłków,
- aktywne uczestniczenie w zabiegach fizjoterapeutycznych, terapii zajęciowej i zajęciach edukacyjnych,
- przestrzeganie przyjętych zasad współżycia pomiędzy pacjentami i personelem DDOM oraz zastosowanie się do zaleceń kierownika i pozostałych pracowników DDOM,
- przestrzeganie bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu i palenia tytoniu,
- nicopuszczanie jednostki bez zgody personelu DDOM
- przestrzeganie zasad ustalonych w aktach prawa wewnętrznego.
- zachowanie respektującego prawa innych pacjentów do wypoczynku.

#### § 31

Pacjent może korzystać ze świadczeń DDOM tylko raz w czasie trwania projektu (nie dotyczy pacjentów, którzy przerwali leczenie z powodu pogorszenia się stanu zdrowia).

#### § 32

Pacjent zobowiązany jest do korzystania ze świadczeń w DDOM w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy uczestników projektu. W przypadku nieuzasadnionej nieobecności w okresie 3 dni roboczych następuje skreślenie pacjenta z listy uczestników projektu.

#### § 33

W przypadku skreślenia uczestnika projektu, na jego miejsce zostanie zakwalifikowana kolejna osoba z listy oczekujących.

### ROZDZIAŁ VIII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 34

Zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej.

#### § 35

Regulamin zatwierdza Zarząd Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.



### § 36

Dokumentacja pacjentów DDOM w czasie trwania projektu będzie dostępna na miejscu tj. w siedzibie DDOM Krynka 1C, 21-400 Łuków.

### § 37

Regulamin wchodzi w życie z dniem jego podpisania.

#### Załączniki:

Zał. nr 1 Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej

Zał. nr 2 Karta oceny wg skali Barthel

Zał. nr 3 Deklaracja udziału w projekcie

Zał. nr 4 Zgoda i zobowiązanie rodziny/opiekuna do współpracy w przygotowaniu do transportu.

Zał. nr 5 Wykaz świadczeń zdrowotnych realizowanych w Dziennym Domu Opieki Medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej

Zał. nr 6 Wykaz badań laboratoryjnych

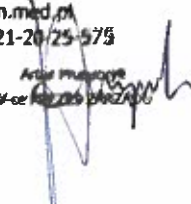
Zał. Nr 7 Oświadczenie uczestnika projektu.

Zał. Nr 8 Formularz rekrutacyjny

Zatwierdzony przez:

**"CENTRUM" Sp. z o.o.**  
**MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE**  
SIEDZIBA: 08-110 Siedce, ul. Nikłowa 9  
BIURO: 08-110 Siedce, ul. Terespolska 17  
tel./fax 25 644 07 40, MOBILE: 501 064 410  
e-mail: biuro@centrum.med.pl  
REGON 710529892, NIP 821-20-25-575

  
Paweł Żuk  
PREZES ZARZĄDU

  
Artur Ptaszko  
Wiceprezes Zarządu





Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu łukowskiego”**

**SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....  
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
Nr telefonu do kontaktu

.....  
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....  
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....  
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca .....  
– do **dziennego domu opieki medycznej.**

.....  
Miejscowość, data

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

Załącznik nr 2 Karta oceny wg skali Barthel

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel <sup>1)</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność <sup>2)</sup>	Wynik <sup>3)</sup>
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	



5	<p><b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b></p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - niezależny lub pod prysznicem</p>	
6	<p><b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b></p> <p>0 - nie porusza się lub &lt; 50 m</p> <p>5 - niezależny na wózku: wliczając zakręty &gt; 50 m</p> <p>10 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby &gt; 50 m</p> <p>15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski &gt; 50 m</p>	
7	<p><b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b></p> <p>0 - nie jest w stanie</p> <p>5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej: przenoszenie</p> <p>10 - samodzielny</p>	
8	<p><b>Ubieranie się i rozbieranie:</b></p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy</p> <p>10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.</p>	
9	<p><b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b></p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw</p> <p>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 - panuje, utrzymuje stolec</p>	
10	<p><b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b></p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny</p> <p>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 - panuje, utrzymuje mocz</p>	
	<p><b>Wynik kwalifikacji<sup>4)</sup></b></p>	



## Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....  
.....  
.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia  
zdrowotnego

---

<sup>1</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.

Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

<sup>2)</sup> W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>3)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>4)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.



Załącznik nr 3 Deklaracja udziału w projekcie

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

*Ja, niżej podpisana/y:*

.....  
(imię i nazwisko)

**wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie**

**pn. „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu lukowskiego”**

w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020*  
współfinansowanego ze środków *Europejskiego Funduszu Społecznego* w ramach:

*OSI PRIORYTETOWEJ 11 Włączenie społeczne*

*DZIAŁANIA 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne*

*NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: RPLU.11.02.00-06-0075/18-02*

Oraz deklaruję że spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie.

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
- ✓ dane podane w formularzu rekrutacyjnym, są zgodne z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- ✓ przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie wskazanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
- ✓ uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
- ✓ usprawiedliwienia ewentualnych nieobecności.

Ponadto oświadczam, że:

1. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie.



2. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania DDOM.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności w odniesieniu do zbiorów Centralnego Systemu Teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych oraz RPO WP na lata 2014 -2020.

**DANE UCZESTNIKA:**

Kraj	Rodzaj uczestnika	Nazwa instytucji
Imię	Nazwisko	PESEL
Bark pesel	Tak/Nie	
Płeć	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	Wykształcenie
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	Telefon kontaktowy	Adres e-mail

**SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA:**

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	Data zakończenia udziału w projekcie
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	W tym
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	

Wykonywany zawód	Zatrudniony w
Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie
Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM)	
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	Tak/Nie
Rodzaj przyznanego wsparcia	W tym
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	Data zakończenia udziału we wsparciu
Data założenia działalności gospodarczej	Kwota środków przyznaných na założenie działalności gospodarczej
KD założonej działalności gospodarczej	

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
Osoba z niepełnosprawnościami	
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	

**DODATKOWE INFORMACJE**

Brak opiekuna, rodziny, os. samotna	
Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności	

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować **Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. ul. Nikłowa 9, 08-110**



**Siedlce** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczonej o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. „**Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu lukowskiego**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Umową uczestnictwa w projekcie i akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.

5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.

6. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.

7. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

Załącznik nr 4 Zgoda i zobowiązanie rodziny/opiekuna do współpracy w przygotowaniu do transportu.



**„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu lukowskiego” RPLU.11.02.00-06-0075/18-02**

**Zgoda i zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.**

Ja (Imię i nazwisko) .....  
w imieniu swoim oraz rodziny/opiekunów osoby (Imię i nazwisko)  
..... ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki  
Medycznej wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Organizatorem Domu  
w przygotowaniu pacjenta (Imię i nazwisko) ..... do  
transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania. Tym samym  
oświadczam, że zostałem poinformowany, że bezpłatny transport pacjenta z miejsca zamieszkania  
do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania jest organizowany przez Organizatora Domu **w**  
**razie potrzeby** tj. w przypadku gdy Pacjent nie będzie mógł samodzielnie lub przy wsparciu  
rodziny/opiekunów dotrzeć do DDOM i wrócić do miejsca zamieszkania.

---

DATA

CZYTELNY PODPIS CZŁONKA RODZINY  
/ OPIEKUNA PACJENTA

Zał. nr 5 Wykaz świadczeń zdrowotnych realizowanych w Dziennym Domu Opieki Medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej



## **Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Dziennym domu opieki medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej**

Świadczenia zdrowotne są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

### **Rehabilitacja lecznicza – zabiegi fizjoterapeutyczne, które mogą być wykonywane w ramach Dziennego domu opieki medycznej:**

#### **1. kinezyterapia:**

- 1.1. indywidualna praca ze świadczeniobiorcą (w szczególności: ćwiczenia bierne, czynnobierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowomięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 minut,
- 1.2. ćwiczenia wspomagane - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- 1.3. ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- 1.4. ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- 1.5. ćwiczenia izometryczne - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- 1.6. nauka czynności lokomocji - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- 1.7. inne formy usprawniania (kinezyterapia) - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- 1.8. ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 świadczeniobiorców na 1 terapeutę).

#### **2. masaż:**

- 2.1. masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego świadczeniobiorcę, w tym minimum 15 minut czynnego masażu,
- 2.2. masaż limfatyczny ręczny – leczniczy.

#### **3. elektrolecznictwo:**

- 3.1. galwanizacja,
- 3.2. jonoforeza,
- 3.3. elektrostymulacja, 2
- 3.4. tonoliza,
- 3.5. prądy diadynamiczne,
- 3.6. prądy interferencyjne,
- 3.7. prądy TENS,
- 3.8. prądy TRAEBERTA,
- 3.9. ultradźwięki miejscowe,
- 3.10. ultrafonoforeza.

#### **4. leczenie polem elektromagnetycznym:**

- 4.1. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości,
- 4.2. impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości.

#### **5. światłolecznictwo i termoterapia:**

- 5.1. naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym - miejscowe,
- 5.2. laseroterapia - skaner,
- 5.3. laseroterapia punktowa,

#### **6. krioterapia:**

- 6.1. krioterapia - miejscowa (pary azotu).

Zał. nr 6 Wykaz badań laboratoryjnych





**Wykaz badań laboratoryjnych, które mogą być wykonane w Dziennym domu opieki medycznej (w przypadku, gdy nie były wykonane u pacjenta przed przyjęciem), a znajomość ich wyników jest niezbędna do przeprowadzenia Całościowej Oceny Geriatrycznej:**

1. Analiza moczu;
2. Morfologia;
3. CRP;
4. Glukoza;
5. TSH;
6. Cholesterol;
7. Albumina;
8. Kreatynina (czynność nerek do wyliczenia eGFR);
9. Funkcje wątroby: co najmniej ALAT;
10. Elektrolity: sód i potas.

Ponadto konieczne jest wykonanie badania EKG.

Załącznik nr 7 Oświadczenie uczestnika projektu



**Załącznik nr 4 do umowy: Wzory dot. obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania danych osobowych<sup>1</sup>:**

## **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

- 1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,**
- 2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.**

**I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu łukowskiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
  - a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
  - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
- 2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
  - a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
  - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
  - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1460 z późn. zm.),
  - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
  - a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
  - b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:
  - a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,

<sup>1</sup> Wzory przedstawiają minimalny zakres danych, który może być, w razie potrzeby, uszczegółowiony przez Beneficjenta



- b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt –Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. ul.Nikłowa 9 08-110 Siedlce (nazwa i adres beneficjenta oraz ewentualnych partnerów),
- c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - brak (nazwa i adres ww. podmiotów)<sup>2</sup>.

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

- 5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
- 8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.<sup>3</sup>
- 9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
- 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Grotgiera 4, 20-029 Lublin.
- 12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
- 14) Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
- 15) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
- 16) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 17) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

## II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
  - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
  - b. Osoba z niepełnosprawnościami
  - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas

<sup>2</sup> Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.

<sup>3</sup> Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.



odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

**III. Oświadczenie dotyczące podania szczególnych kategorii danych osobowych w formularzu zgłoszeniowym uczestnika: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)**

1) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

wyrażam zgodę na podanie informacji       odmawiam podania informacji

2) Osoba z niepełnosprawnościami

wyrażam zgodę na podanie informacji       odmawiam podania informacji

3) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione poniżej:

- a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
- b. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
- c. Osoba z niepełnosprawnościami

wyrażam zgodę na podanie informacji       odmawiam podania informacji

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**



Zał. nr 8 Formularz rekrutacyjny

**„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu lukowskiego” PLU.11.02.00-06-0075/18-02**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Numer PESEL

KRYTERIA KWALIFIKACJI	ILOŚĆ PUNKTÓW MOŻLIWYCH DO UZYSKANIA	ILOŚĆ UZYSKANYCH PUNKTÓW
<b>KRYTERIA KWALIFIKACJI OBLIGATORYJNE</b>		
os. zamieszkała na terenie województwa lubelskiego	1	
os. niesamodzielna - skala Barthel 40-65	1	
os. pełnoletnia	1	
os. kierowana bezpośrednio po hospitalizacji lub os. u której występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub os. po przebytej hospitalizacji w przeciągu ostatnich 12 m-cy	1	
<b>KRYTERIA KWALIFIKACJI PREMIUJĄCE</b>		
wiek > 65r.ż	1	
brak opiekuna, rodziny, os. samotna	1	
niepełnosprawność (orzecz. o st. niepełnospr.)	1	
<b>ILOŚĆ ZDOBYTYCH PUNKTÓW</b>		

.....  
Miejscowość, data

.....  
PODPIS PIEŁĘGNIARKI KOORDYNUJĄCEJ