# REGULAMIN ORGANIZACYJNY
# DZIENNEGO
# DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ
# w
# Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.

**Grudzień 2019**

## ROZDZIAŁ I PRZEPISY OGÓLNE

### § 1

Regulamin organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej w Garwolinie ul. Korczaka 35/3 , 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 Mazowieckiego na lata 2014-2020 pod tytułem.: „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego"

Ilekroć 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 garwolińskiego" 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 02.01.2020 r. do 30.09.2021r.;

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) **UE** - Unia Europejska;

21) **CMD**- Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o. z siedzibą w Siedlcach;

22) **EFS** – Europejski Fundusz Społeczny;
23) **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:

- Regulaminu Dziennego Domu Opieki Medycznej.

**§ 3**

**1.** Siedzibą Dziennego Domu Opieki Medycznej jest 08-400 Garwolin w powiecie garwolińskim
**2.** Adres strony internetowej: www.centrum.med.pl, gdzie została stworzona zakładka poświęcona DDOM.

## ROZDZIAŁ II
## ZASADY FUNKCJONOWANIA DDOM

**§ 4**

**1.** DDOM będzie funkcjonował od 01.10.2019 r. do 30.09.2021r. W tym przyjęcia pacjentów od 01.01.2020r. Do 30.09.2021r.
**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 oraz w wybrane dni powszednie w godzinach popołudniowych po godz. 16.00 a także wybrane weekendy.
**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, pielęgniarskiej 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 Pielęgniarce 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 zamieszkałe na terenie województwa mazowieckiego, głównie w powiecie garwolińskim.
10. Trwałość projektu określa się na okres 2 lat od daty zakończenia jego realizacji tj. do 30.09.2023. 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 pielęgniarskiego 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 120 osób ( w tym 74 kobiet i 46 mężczyzn) w tym co najmniej 60 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 pielęgniarskiej, 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 geriatrii - 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., w Garwolinie ul. Korczaka 35/3,** w dni robocze od godz. 08:00 do 14:30:
   a. osobiście w sekretariacie DDOM,
   b. listownie w kopercie z dopiskiem „DDOM Garwolin",
   c. drogą elektroniczną e- mail: 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 30.08.2021 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 poinformujmy 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 przesyłać drogą elektroniczną na adres: 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 oceniająca 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 Medyczno- Diagnostycznym z siedzibą w Siedlcach;
2. Współpracować z zespołem terapeutycznym w przygotowaniu pacjenta do transportu;
3. Dostarczyć leki zażywane przewlekle 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,
- nieopuszczanie 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
## POSTANIOWIENIA 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 Garwolin, ul..Korczaka 35/3

**§ 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:

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

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

**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 podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

Zał. nr 2 Karta oceny wg skali Barthel

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel [1)]

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

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

**Wynik oceny stanu zdrowia**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[1)] skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....

.....

.....

..... .....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

---

[1] 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.

[2)] W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

[3)] Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

[4)] Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

Zał. nr 3 Deklaracja udziału w projekcie

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

*Ja, niżej podpisana/y:*

……
*(imię i nazwisko)*

**wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie**

*pn. „**O**rganizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego”*

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

*OSI PRIORYTETOWEJ IX Wspieranie włączenia społecznego i walki z ubóstwem*

*DZIAŁANIA 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej*

*NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: RPMA.09.02.02-14-b434/18*

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,
2. kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie.
3. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania DDOM.
4. 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.
5. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), materiałów medialnych z użyciem podstawowych danych osobowych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez

Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp.z o.o. w Siedlcach oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę rościł sobie żadnych praw z tego tytułu.

6. Powyższa zgoda nie posiada ram czasowych ani terytorialnych oraz obejmuje różnorodne formy publikacji projektu takie jak: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www.centrum.med.pl, w gazetach i w Internecie itp. Wykorzystanie na potrzeby realizacji i promocji projektu moich zdjęć, nie będzie naruszeniem moich dóbr osobistych.
7. Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

***Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,***
***drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.***

| **Dane uczestniczki/uczestnika:** | | |
|---|---|---|
| 1 | Kraj | |
| 2 | Imię | |
| | Nazwisko | |
| 4 | PESEL | |
| 5 | Brak PESELU | **1)** |
| 6 | Płeć | 12) Kobieta<br>13) Mężczyzna |
| 7 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |
| 8 | Wykształcenie: | ✓ gimnazjalne,<br>✓ niższe niż podstawowe,<br>✓ podstawowe,<br>✓ policealne,<br>✓ ponadgimnazjalne,<br>✓ wyższe |
| Dane kontaktowe: | | |
| 1. | Województwo | |
| 2. | Powiat | |
| 3. | Gmina | |
| 4. | Miejscowość | |
| 5. | Ulica | |
| 6. | Nr budynku | |
| 7. | Nr lokalu | |
| 8. | Kod pocztowy | |
| 9. | Telefon kontaktowy | |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Adres email | |
| Dane dodatkowe: | | |
| 1. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | 1. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<br>w tym:<br>• osoba długotrwale bezrobotna<br>• inne |
| | | 2. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<br>w tym:<br>• osoba długotrwale bezrobotna<br>• inne |
| | | 3. osoba bierna zawodowo<br>w tym:<br>• inne<br>• osoba ucząca się<br>• osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| | | 4. osoba pracująca<br>w tym:<br>• osoba pracująca w administracji rządowej<br>• osoba pracująca w administracji samorządowej<br>• inne<br>• osoba pracująca w MMŚP<br>• osoba pracująca w organizacji pozarządowej<br>• osoba prowadząca działalność na własny rachunek<br>• osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |
| 2 | Wykonywany zawód<br><br>INF DODATKOWA:<br>wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca” | • inny<br>• instruktor praktyczne nauki zawodu<br>• nauczyciel kształcenia ogólnego<br>• nauczyciel wychowania przedszkolnego<br>• pracownik kształcenia zawodowego<br>• pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia<br>• kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej<br>• pracownik instytucji rynku pracy<br>• pracownik instytucji szkolnictwa wyższego<br>• pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej<br>• pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej<br>• pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej<br>• rolnik |

| | | |
|---|---|---|
| 3 | Zatrudniony w:<br><br>INF DODATKOWA:<br>wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca” | |
| 4 | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia<br>5. Nie<br>6. Odmowa podania informacji<br>7. Tak<br>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań<br>8. Tak<br>9. Nie<br><br>Osoba z niepełnosprawnościami<br>10. Nie<br>11. Odmowa podania informacji<br>12. Tak<br>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,<br>13. Nie<br>14. Tak<br>w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu<br>15. Tak<br>16. Nie<br>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu<br>17. Tak<br>18. Nie<br>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)<br>19. Nie<br>20. Odmowa podania informacji<br>21. Tak |

…….. ……..

Miejsce, data Podpis uczestnika projektu

Zał. 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 garwolińskiego"**

**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.

Zał. nr 7 Oświadczenie uczestnika projektu

**Załącznik nr 4 do umowy: Wzory dot. obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania danych osobowych[1]:**

**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 Mazowieckiego 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 garwolińskiego" oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**

**1)** Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

a. Województwo Mazowieckie z siedzibą przy ul. Jagielońska 26 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:

[1] Wzory przedstawiają minimalny zakres danych, który może być, w razie potrzeby, uszczegółowiony przez Beneficjenta

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 WM 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Mazowieckie z siedzibą przy ul. Jagielońskiej 26, 03-719 Warszawa,

b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt –Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. ul.Niklowa 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)[2].

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.[3]

**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 Mazowieckiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

**11)** Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Jagielońska 26 , 03-719 Warszawa.

**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:

[2] Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.
[3] Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.

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 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

# FORMULARZ REKRUTACYJNY

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Numer PESEL

| KRYTERIA KWALIFIKACJI | NIEZBĘDNE DOKUMENTY | POSIADANIE DOKUMENTÓW |
|---|---|---|
| **KRYTERIA WŁĄCZENIA** | **TAK/NIE** | |
| os. zamieszkała na terenie województwa mazowieckiego, powiat garwoliński | **dowód tożsamości** | |
| os. niesamodzielna - skala Barthel 40-65 | **skala barthel** | |
| os. pełnoletnia | **dowód tożsamości** | |
| os. kierowana bezpośrednio po hospitalizacji lub os. u której występuję ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub os. po przebytej hospitalizacji w przeciągu ostatnich 12 m-cy | **skierowanie do ddom wydane przez lekarza poz lub ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu** | |
| os. u której występuję ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub os. po przebytej hospitalizacji w przeciągu ostatnich 12 m-cy | **1)informacja umieszczona na skierowanie do DDOM o wystąpieniu ryzyka hospitalizacji 2)wypis ze szpitala** | |
| os. która ma prawo do świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych | **1)dokument potwierdzający prawo do ubezpieczenia i/lub 2)weryfikacja w systemie Ewuś** | |
| **KRYTERIA WYŁĄCZENIA** | | |
| os. korzystająca ze świadczeń opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej | **oświadczenie** | |
| os. korzystająca z rehabilitacji leczniczej (od. dzienny lub stacjonarny) | **oświadczenie** | |
| os. z zaawansowaną chorobą psychiczną lub uzależnieniem | **oświadczenie** | |

# OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a ……, oświadczam, że:

- **nie korzystam** ze świadczeń opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej
- **nie korzystam** z rehabilitacji leczniczej, na oddziale dziennym lub stacjonarnym
- **nie mam** zaawansowanej choroby psychicznej lub uzależnienia

……
Miejsce, data

……
Podpis osoby ubiegającej się o pobyt w DDOM

**Stwierdzam, że osoba …… ubiegająca się o miejsce w Dziennym Domu Opieki Medycznej spełnia Kryteria Włączenia i tym samym zostaje zakwalifikowana do udziału w projekcie.**
**Nie stwierdzono wystąpienia Kryteriów Wyłączenia, wykluczających osobę z udziału w projekcie.**

……
Miejsce, data

……
Podpis pielęgniarki koordynującej