**3. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez**

**SZAKÁPOLÁSI SZÜKSÉGLET MEGHATÁROZÁSA**

Szolgáltató OEP kódja:

Elrendelő lap sorszáma:

Szakápolást végző intézmény neve**: Harmónia Integrált Szociális Intézmény Bács-Kiskun Vármegye Szociális Szakápolási Központ Kalocsa**

Szakápolást végző intézmény címe: **6300 Kalocsa, Kossuth Lajos u. 34-36.**

Beteg neve:

Beteg lakóhelye:

Beteg telefonszáma:

Társadalombiztosítási azonosító jele:

Beteg születési adatai:

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10.)

Kórházi kezelés időtartama:

Szakápolás elrendelésének dátuma:

A beteg szakápolásba vételének dátuma:

A vezető ápoló szakmai javaslata, a további szakápolási tevékenység:

indokolt/nem indokolt

**Felülvizsgálat**

Felülvizsgálat esetén az első szakápolásba vétel dátuma:

Felülvizsgálat alapján szakápolás időtartama: 6 hónap

Alapbetegség (BNO-10.):

Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10.):

Szakápolás elrendelését indokoló diagnózis (BNO-10.):

Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99):

***SZÜKSÉGLET MEGJELÖLÉSE***

**A javasolt kategória (S1-S3) és indokolt beavatkozás aláhúzandó.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Szakápolási központ besorolási jellemzői** | | |
| **Szolgáltatások** | **Alapszolgáltatások S1** | **Kibővített szolgáltatások S2** | **Különleges szolgáltatások S3** |
| -betegmegfigyelés - segítés vizsgálatnál - invazív beavatkozás - vizsgálati anyag levétele - szakápolási tevékenység | Minden olyan beteg, aki nem sorolható az S2-be és az S3-ba. | -betegmegfigyelés, legalább két paraméter ellenőrzése - beöntés - segítés a vizsgálati anyagok levételekor - inhalálás - enterális mesterséges táplálás - drén vagy katéter eltávolítása | - betegmegfigyelés, legalább három paraméter ellenőrzése - véna biztosítása - szonda, katéter felhelyezése, cseréje, illetve ezen keresztül vizsgálati minta vétele - váladék eltávolítása |
| Gyógyszerellátás |  | - gyógyszerek meghatározott időben való beadása - infúziós terápia | - állandó vagy többször ismételt infúziós program - asszisztálás transzfúziós terápiánál - spec. gyógyszeres kezelés folyamatos megfigyelése - parenterális táplálás |

**A vizsgálat eredménye alapján a szakápolási központ ellátást megalapozó ápolási vagy egyéb egészségügyi körülmény nem áll fenn.**

(Aláhúzandó, ha a vizsgálat alapján nem áll fenn ilyen körülmény.)

**A vizsgálatot végző orvos neve:**

A vizsgálatot végző orvos munkahelyének azonosítója:

Orvosi szolgálat kódja:

Dátum:

Orvos aláírása:

Pecsét száma:

**Elrendelést javasoló orvos neve:**

Elrendelő orvos neve:

Az elrendelő orvos munkahelyének azonosítója:

Orvosi szolgálat kódja:

Dátum:

Orvos aláírása:

Pecsét száma:

**A szociális intézményi szakápolási központ által nyújtott ellátást elfogadom, és egyben kijelentem, hogy felvételemet követően más szolgáltatótól térítésmentesen szakápolást nem veszek igénybe.**

Dátum:

Beteg/törvényes képviselője aláírása: