

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia

.....
(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

Zakres wsparcia w ramach usługi opieki wytchnieniowej

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością /dziecka z niepełnosprawnością)

Usługi opiekuńcze świadczone w ramach opieki wytchnieniowej obejmują w szczególności następujący zakres:

1. pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnoprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
2. pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
3. pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
4. pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
5. pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
6. sianie łóżka,
7. karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
8. pomoc przy myciu, kąpaniu,
9. zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
10. układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
11. podawanie basenu, kaczki,
12. zmiana pampersów,
13. zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
14. zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
15. pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
16. podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
17. pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
18. uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,

19. pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
20. dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
21. w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
22. pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
23. pomoc w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
24. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
25. utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
26. wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
27. ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.

.....

Podpis pracownika

.....

(podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna))