1. **Warunki przyjęcia pacjenta do ZOL:**

* wskazania medyczne: rozpoznanie i udokumentowanie choroby przewlekłej, w której został zakończony proces diagnostyki i leczenia szpitalnego
* udokumentowana ocena sprawności do 40 punktów w skali Barthel
* brak przeciwwskazań: ostra faza choroby psychicznej, terminalna faza choroby nowotworowej, uzależnienia
* kwalifikacja dyrektora ds. med. w porozumieniu z lekarzami ZOL

1. **Wymagane oryginalne dokumenty do przyjęcia pacjenta do ZOL:**

* wniosek o wydanie skierowania do ZOL
* zgoda pacjenta/ opiekuna prawnego/ Sądu na pobyt w ZOL
* skierowanie do ZOL
* wywiad pielęgniarski, zaświadczenie lekarskie, skala Barthel, skala Glasgow (przy O pkt Barthel)
* dokumentacja medyczna potwierdzająca chorobę będącą podstawą skierowania
* formularz rejestracji danych pacjenta
* dodatkowe dokumenty wskazane przy kwalifikacji (np. konsultacja psychiatryczna, kwalifikacja do żywienia dojelitowego, posiewy)
* dokumenty potwierdzające wysokość dochodu pacjenta

1. **Zakres opieki sprawowanej nad pacjentem w ZOL:**

Całodobowa, długoterminowa opieka nad pacjentem sprawowana przez wykwalifikowany zespół personelu, w skład którego wchodzą: lekarz, pielęgniarka, opiekun medyczny, psycholog, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, logopeda, kapelan, pracownik socjalny, wolontariusz

1. **Cel opieki ZOL:**

Przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej.

1. **Rodzaj leczenia:**

Kontynuacja leczenia farmakologicznego chorób przewlekłych. Leczenie chorób współistniejących Całodobowa opieka i pielęgnacja. Profilaktyka i leczenie odleżyn. Leczenie dietetyczne. Żywienie dojelitowe. Rehabilitacja usprawniająca. Terapie: psychologiczna, zajęciowa, logopedyczna.

1. **Badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne:**

Zlecane przez lekarza Oddziału w zakresie niezbędnym w procesie leczenia w warunkach ZOL.

1. **Opis oddziału:**

Sale kilkuosobowe (2-6, w zależności od oddziału), łazienki, hol, kuchnia, winda. Informacja o możliwych niedogodnościach w związku z remontem.

1. **Wyposażenie oddziału:**

łóżka łamane z ruchomymi barierkami, parawany, materace przeciwodleżynowe i inne udogodnienia (poduszki, podpórki, wałki), wózki inwalidzkie, balkoniki, podnośniki, koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, pompy infuzyjne, inhalatory, ciśnieniomierze, glukometry, pulsoksymetry

1. **Rozkład dnia w ZOL:**

* raporty lekarsko-pielęgniarskie: godz. 7.00, 14.00
* obchody lekarskie: godz. 8.00 – 13.00
* toaleta pacjentów poranna i popołudniowa: 8.00-12.00, 16.00-18.00
* kąpiele zgodnie z harmonogramem
* zabiegi rehabilitacyjne: godz. 7.00 - 14.35
* pory posiłków: godz. 8.00, 13.00, 18.00
* pory odwiedzin: zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Dyrekcji

1. **Przepustki:**

10% czasu pobytu w ZOL w danym roku

1. **Finansowanie pobytu w ZOL:**

Koszty świadczeń medycznych pacjenta (całodobowa opieka medyczna, leki i wyroby medyczne) są finansowane w ramach kontraktu z NFZ. Koszty socjalne (wyżywienie, zakwaterowanie) ponosi pacjent w wysokości do 70% miesięcznego dochodu netto.

1. **Orientacyjny czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL**
2. **Informacja o niemożności korzystania ze świadczeń POZ, rehabilitacji, Poradni żywieniowej w czasie pobytu w ZOL**
3. **Informacja o formalnościach związanych z ewentualnym pochówkiem**

………………………………………………........ ……………………………………………….

Data i podpis pracownika socjalnego Data i podpis opiekuna