**Załącznik nr A do projektu umowy**

Katalog usług opiekuńczych uzgodniony z klientem Panią/Panem…………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP. |  | TAK/NIE |
| **ZASPOKAJANIE CODZIENNYCH POTRZEB ŻYCIOWYCH** | | |
| 1 | Zakupy artykułów spożywczych i innych potrzebnych w gospodarstwie domowym |  |
| 2 | Przygotowywanie posiłków |  |
| 3 | Pomoc w zabezpieczeniu gorącego posiłku |  |
| 4 | Pomoc przy spożywaniu posiłków |  |
| 5 | Utrzymanie w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego |  |
| 6 | Utrzymanie czystości w pomieszczeniach użytkowanych przez osobę korzystająca z pomocy, wykonywanie bieżących porządków |  |
| 7 | Utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego i urządzeń sanitarnych |  |
| 8 | Palenie w piecu, przynoszenie węgla/drewna, wynoszenie popiołu |  |
| 9 | Wynoszenie śmieci |  |
| 10 | Pranie bielizny i odzieży podopiecznego |  |
| 11 | Przynoszenie wody |  |
| 12 | Mycie okien 1 raz na pół roku, |  |
| 13 | W przypadkach przyjmowania usług w zaniedbanych mieszkaniach doprowadzenie do porządku pomieszczeń mieszkalnych klienta, umożliwiających egzystowanie w warunkach odpowiadających godności człowieka |  |
| **OPIEKA HIGIENICZNA ORAZ PIELĘGNACJA ZALECONA PRZEZ LEKARZA (wynikająca z zaświadczenia lekarskiego lub innej dokumentacji medycznej)** | | |
| 1 | Pomoc w utrzymaniu higieny ciała , mycie, kąpanie, czesanie, ubieranie klienta i pomaganie przy zmianie pozycji |  |
| 2 | Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych |  |
| 3 | Pomoc w ubieraniu się |  |
| 4 | Zmiana bielizny osobistej, pościelowej, prześcielenie łóżka |  |
| 5 | Mycie, kąpanie, czesanie, ubieranie klienta i pomaganie przy zmianie pozycji |  |
| 6 | Pomoc podczas kąpieli |  |
| 7 | Zapobieganie powstawaniu odleżyn i oparzeń |  |
| 8 | Pielęgnacja zlecona przez lekarza , w tym pampersowanie |  |
| 9 | Zamawianie wizyt lekarskich, kontakt z lekarzem w sprawach dotyczących zdrowia podopiecznego |  |
| 10 | Nadzór i pomoc w przyjmowaniu leków ściśle wg wskazań lekarza, realizacja recept |  |
| 11 | Pomoc w wykonywaniu w/w czynności klientowi, który porusza się i jest  w stanie wykonać je przy pomocy osoby drugiej |  |
| **ZAPEWNIENIE KONTAKTÓW Z OTOCZENIEM** | | |
| 1 | Podtrzymywanie indywidualnych zainteresowań ( np. dostarczanie prasy, książek, czytanie, organizowanie kontaktów sąsiedzkich itp.) |  |
| 2 | Organizowanie spaceru |  |
| 3 | Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych |  |
| 4 | Pomoc w regulowaniu opłat za media, usługi opiekuńcze itp. |  |

……………………………… ………………………….

Data i podpis klienta podpis pracownika OPS