

Ankieta oceniająca prawidłowość realizacji usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania – wersja uproszczona oraz wersja dla rodziny/opiekuna faktycznego

Podstawa prawna: § 5 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania;
art. 50b ust. 3 i 4 ustawy o pomocy społecznej

Część A. Ankieta w wersji uproszczonej

Numer ankiety w rejestrze / rok	
Data przeprowadzenia	
Odbiorca usług (imię i nazwisko / nr sprawy)	
Przyczyna zastosowania wersji uproszczonej	☐ osoba leżąca ☐ ograniczenia komunikacyjne ☐ znaczne osłabienie ☐ zaburzenia poznawcze ☐ inna:
Sposób komunikacji	☐ mowa ☐ gesty / mimika ☐ tablica komunikacyjna ☐ pytania zamknięte tak/nie ☐ obserwacja
Osoba przeprowadzająca ankietę	

Lp.	Pytanie	TAK	NIE	Nie wiem / nie dotyczy
1	Czy czuje się Pani/Pan bezpiecznie przy opiekunie?	☐	☐	☐
2	Czy opiekun jest dla Pani/Pana miły i traktuje Panią/Pana z szacunkiem?	☐	☐	☐
3	Czy opiekun przychodzi wtedy, kiedy powinien?	☐	☐	☐
4	Czy dostaje Pani/Pan posiłek i picie?	☐	☐	☐
5	Czy jest Pani/Pan umyta/umyty i przebrana/przebrany?	☐	☐	☐

Lp.	Pytanie	TAK	NIE	Nie wiem / nie dotyczy
6	Czy przy myciu jest Pani/Pan odpowiednio okryta/okryty i czy nikt niepotrzebny nie wchodzi wtedy do pokoju?	☐	☐	☐
7	Czy dostaje Pani/Pan leki o właściwej porze?	☐	☐	☐
8	Czy coś Panią/Pana boli podczas mycia, przewijania lub przekładania?	☐	☐	☐
9	Czy opiekun pomaga zmienić pozycję ciała, żeby było wygodniej?	☐	☐	☐
10	Czy opiekun z Panią/Panem rozmawia?	☐	☐	☐
11	Czy chciałaby Pani / chciałby Pan coś zmienić?	☐	☐	☐

Obserwacje osoby przeprowadzającej ankietę

Stan skóry (odleżyny, odparzenia, zaczerwienienia)	☐ brak zmian ☐ zmiany – opis:
Czystość ciała, bielizny i pościeli	☐ prawidłowa ☐ zastrzeżenia:
Warunki w mieszkaniu (temperatura, porządek, dostęp do wody i napojów)	☐ prawidłowe ☐ zastrzeżenia:
Dostępność napoju i sygnalizacji w zasięgu ręki	☐ tak ☐ nie
Reakcja odbiorcy na osobę wykonującą usługi	☐ spokojna ☐ lęk / niepokój ☐ nie da się ocenić
Sygnały wymagające niezwłocznej reakcji	☐ nie ☐ tak – opis i podjęte działania:

.....
Podpis odbiorcy usług lub adnotacja
o braku możliwości złożenia podpisu

.....
Podpis osoby przeprowadzającej ankietę

Część B. Ankieta dla rodziny/opiekuna faktycznego

Numer ankiety w rejestrze / rok	
Data przeprowadzenia	
Odbiorca usług (imię i nazwisko / nr sprawy)	
Osoba wypełniająca – imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa / charakter opieki	
Częstotliwość kontaktu z odbiorcą usług	☐ codziennie ☐ kilka razy w tygodniu ☐ raz w tygodniu ☐ rzadziej

Lp.	Pytanie	TAK	NIE	Nie wiem / nie dotyczy
1	Czy usługi są wykonywane w ustalonych dniach i godzinach ?	☐	☐	☐
2	Czy w razie nieobecności opiekuna zapewniane jest zastępstwo ?	☐	☐	☐
3	Czy stan higieniczny osoby bliskiej jest prawidłowy ?	☐	☐	☐
4	Czy osoba bliska otrzymuje posiłki, w tym gorąco, zgodnie z zalecaną dietą ?	☐	☐	☐
5	Czy leki są podawane zgodnie z zaleceniem lekarza ?	☐	☐	☐
6	Czy opiekun informuje Państwa o pogorszeniu stanu zdrowia lub zdarzeniach niepokojących ?	☐	☐	☐
7	Czy opiekun traktuje osobę bliską z szacunkiem, dbając o jej intymność i godność ?	☐	☐	☐
8	Czy mają Państwo dostęp do karty potwierdzania wykonanych czynności ?	☐	☐	☐
9	Czy zakres i wymiar usług odpowiadają obecnym potrzebom osoby bliskiej ?	☐	☐	☐
10	Czy wiedzą Państwo, gdzie i w jaki sposób zgłosić uwagi, również anonimowo ?	☐	☐	☐
11	Czy zgłaszane uwagi były rozpatrywane i czy sytuacja uległa poprawie ?	☐	☐	☐

Uwagi i propozycje:

.....

.....

.....

Ogólna ocena usług: ☐ 5 – bardzo dobra ☐ 4 – dobra ☐ 3 – dostateczna ☐ 2 – zła ☐ 1 – bardzo zła

.....
Podpis osoby wypełniającej

.....
Podpis osoby przeprowadzającej ankietę