

Karta kontroli usług

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Okres pomocy.....

1. Czy Pana/Pani zdaniem osoba wykonująca usługi opiekuńcze jest:

		tak	raczej tak	raczej nie	nie
1	Punktualna				
2	Sumienna				
3	Fachowa				
4	Kulturalna				
5	Komunikatywna				
6	Życzliwa				

2. Czy Pana/Pani zdaniem czas świadczenia usługi opiekuńczej jest w pełni wykorzystany przez opiekunkę/opiekuna?

- ☐tak
☐raczej tak
☐raczej nie
☐nie

3. W jakim zakresie jest Pani/Pana objęty usługami opiekuńczymi?

Katalog usług opiekuńczych	W jakim zakresie świadczone są usługi?		Czy jest Pani/Pan zadowolony ze świadczenia usługi		
	tak	nie	tak	nie wiem	nie
ubieranie się i zmianę odzieży i bielizny osobistej,					
przygotowanie prostych posiłków, w tym jednego gorącego, z uwzględnieniem zalecanej diety					
spożywanie posiłku lub karmienie i pojenie					
słanie łóżka i zmianę pościeli					
porządkowanie i sprzątanie w niezbędnym zakresie, w tym czyszczenie urządzeń codziennego użytku i urządzeń sanitarnych, wynoszenie śmieci, przynoszenie wody i opału, ogrzewanie pomieszczeń za pomocą dostępnego urządzenia grzewczego, w tym palenie w piecu i wybieranie popiołu, z uwzględnieniem preferencji osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, w zakresie temperatury					
dokonywanie niezbędnych zakupów lub towarzyszenie podczas tych zakupów lub podczas korzystania z usług w sklepach, aptekach, punktach usługowych lub gastronomicznych położonych najbliżej miejsca zamieszkania osoby, na rzecz której są świadczone usługi opiekuńcze, a także dostarczanie pomocy rzeczowej					
utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie, takiego jak					

wózek, balkonik, podnośnik, kule					
pranie odzieży i pościeli, niezbędne ich prasowanie, oddawanie do pralni i odbiór z pralni					
towarzyszenie w załatwianiu spraw związanych z procesem leczenia lub rehabilitacji i profilaktyki zdrowotnej					
zmianę pozycji ciała, w tym przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku					
korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych, innych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji					
przygotowaniu i przyjmowaniu leków					
pielęgnacji miejsc zmienionych chorobowo – smarowaniu, wykonywaniu i zmianie drobnych opatrunków					
mierzeniu temperatury ciała, tętna, ciśnienia, glikemii, saturacji					
obserwacji stanu zdrowia oraz reagowaniu, adekwatnie do potrzeb, w sytuacji jego pogorszenia					
pomoc w umożliwieniu przebywania na świeżym powietrzu, w tym towarzyszenie podczas spacerów					
prowadzenie rozmów					
pomoc w nawiązywaniu, utrzymywaniu i rozwijaniu kontaktu z rodziną i społecznością lokalną, w tym z wykorzystaniem dostępnych środków komunikacji,					
pomoc w czytaniu prasy, książek i ich wymianie w bibliotece					
towarzyszenie podczas drogi do instytucji kultury i rekreacji oraz w trakcie pobytu w nich					
inne.....					
inne					

4. Czy Pana/Pani oczekiwania dotyczące przyznania pomocy zostały uwzględnione przez pracownika socjalnego podczas wywiadu?

- ☐ tak
- ☐ raczej tak
- ☐ raczej nie
- ☐ nie

5. Czy Pana/Pani zdaniem pracownik socjalny przeprowadzający wywiad w celu przyznania usług opiekuńczych był:

		tak	raczej tak	raczej nie	nie
1	Komunikatywny				
2	Życzliwy				
3	Fachowy				
4	Kulturalny				
5	Pomocny				

6. Czy ma Pan/Pani zastrzeżenia w stosunku do pracy pracownika socjalnego?

☐ tak

Jeśli tak, proszę opisać zastrzeżenia

.....

☐ nie

7. Komu Pan/Pani zgłaszał/zgłaszała zastrzeżenia do pracy pracownika socjalnego?

☐ jemu samemu

☐ osobie wykonującej usługi opiekuńcze

☐ dyrektorowi MCPS

☐ innej osobie, komu?.....

8. Uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis i pieczęć Koordynatora usług

.....

Podpis podopiecznego