

Unitatea de Asistență Medico-Socială
pentru bolnavi cronici Salonta
str. Prof. Dr. I. Cantacuzino nr. 2-4
Salonta, Bihor
tel. 0259/406135, 0359/451081, 0359/451082
fax. 0259/406206
E-mail: uamsal@yahoo.com

ACTE NECESARE PENTRU INTERNARE LA U.A.M.S. SALONTA

PENTRU PERSOANA CARE SOLICITĂ INTERNAREA:

1. Grilă de evaluare medico-socială completată de un medic specialist din cadrul unei unități sanitare cu paturi (spital) și asistent social de la primăria de domiciliu a solicitantului.
2. Investigații de laborator, bilete de ieșire din spital, scrisori medicale.
3. Adeverință de la medicul de familie cu antecedentele și tratamentul urmat.
4. Buletin/carte de identitate original și copie.
5. Copie certificat de naștere.
6. Copie certificat de căsătorie/ sau copie sentință de divorț (dacă este cazul).
7. Copie certificat de deces a partenerului (dacă este cazul).
8. Cupon de pensie sau alte acte doveditoare privind veniturile.
9. Copie certificat de încadrare în grad de handicap (dacă este cazul).
10. Declarație notarială prin care reprezentantul legal al beneficiarului se angajează să achite lunar contribuția stabilită prin angajamentul de plată, iar în caz de deces a beneficiarului să-l înmormânteze cu cinstea cuvenită, suportând cheltuielile de înmormântare.

PENTRU REPREZENTANTUL LEGAL:

- 1.-copie certificat de naștere.
- 2.-copie buletin/carte de identitate.

INFORMAȚII IMPORTANTE:

● Dacă solicitantul îndeplinește toate condițiile de internare în unitate din punct de vedere medical și socio-economic, pe baza grilei de evaluare medico-socială și a dosarului depus la sediul unității, comisia semnează decizia de admitere în unitate. Comisia este formată din: director, medicul unității și asistent social.

● Comisia poate respinge cererea de admitere în unitate, motivul se va consemna în scris, în două exemplare (un exemplar pentru solicitantul internării și un exemplar pentru unitate).

● La internarea în unitate beneficiarul serviciilor medico-sociale și reprezentantul legal al acestuia semnează următoarele documente:

- Planul individualizat de asistență și îngrijire.
- Angajamentul de plată.
- Regulamentul de Ordine Interioară (ROI) pentru rezidenți (drepturi și obligații).
- Contractul pentru acordarea serviciilor medico-sociale.

• Reevaluarea situației beneficiarului de servicii medico-sociale este activitatea obligatorie a furnizorului de servicii medico-sociale de a evalua situația beneficiarului după 1 an de la data internării în unitate.

Reevaluarea medicală se întocmește de către medicul specialist care a recomandat internarea beneficiarului în unitatea noastră iar constatările se consemnează în foaia de observație medicală a pacientului, cu recomandările către medicul unității.

Reprezentantul legal al beneficiarului de servicii medico-sociale are obligația de a însoți rezidentul la reevaluarea medicală la medicul specialist.

Ancheta socială se întocmește de către asistentul social al unității din care rezultă dacă s-a schimbat sau nu ceva în situația socio-economică a beneficiarului și recomandă prelungirea perioadei de internare în unitate.

La reevaluarea medico-socială medicul unității și asistentul social propun conducerii unității: fie prelungirea perioadei de internare în unitate cu încă maxim 1 an, fie externarea din unitate și recomandarea îngrijirii la domiciliu sau într-o altă unitate de asistență medicală sau socială. Decizia de prelungire a internării în unitate sau de externare aparține directorului unității. În ambele situații sunt anunțați beneficiarul serviciilor și reprezentantul legal asupra deciziei luate de către conducerea unității.

În cazul în care se hotărăște prelungirea perioadei de internare în unitate se semnează un nou contract pentru acordarea serviciilor medico-sociale valabil 1 an, după care se va face o nouă reevaluare medico-socială.

La împlinirea a 2 ani de la data internării în unitate se procedează la externarea beneficiarului de servicii medico-sociale, cu posibilitatea de a reveni la internare pe baza unei noi grile de evaluare medico-socială.

Obligațiile reprezentantului legal:

- menținerea relației cu beneficiarul serviciilor, cu conducerea unității.
- vizite săptămânale cu respectarea programului de vizită zilnic între orele 15,00- 18,30.
- în timpul vizitei să folosească un halat alb.
- să prezinte asistentului medical de serviciu mâncarea pe care a adus-o rezidentului.
- plata contribuției lunare se face în primele 10 zile din lună pentru luna precedentă.
- 30 de lei pentru cheltuieli ce privesc întocmirea dosarului beneficiarului de servicii, viză de flotant, un medicament în caz de urgență.

Date de contact pentru persoana desemnată să ofere informații suplimentare.

Asistent social: Fabian Nicoleta

Tel: 0359/451081

Mobil: 0771/195447

GRILA DE EVALUARE MEDICO-SOCIALA
a persoanelor care se interneaza in *Unitatea de Asistenta Medico-Sociala*
ptr. bolnavi cronici din SALONTA

Serviciul public de asistenta sociala din localitate.....
Sat comuna oras municipiu sector
Judetul.....
Nr. fisei.....
Data evaluarii.....
Ancheta sociala efectuata de.....
(numele, prenumele, functia)

I. DATE DE IDENTIFICARE A PERSOANEI EVALUATE

1. Numele (cu initiala tatalui).....
2. Prenumele.....
3. Data si locul nasterii.....
4. Varsta.....
5. Domiciliul stabil: localitatea..... judetul.....
cod postal..... str..... nr....., bl....., sc....., ap.....
nr. telefon fix..... nr. telefon mobil..... e-mail.....
6. Profesia.....
7. Ocupatia.....
8. Studii: fara primare gimnaziale liceale universitare
9. Carte (buletin) de identitate: seria..... nr.....
10. Cod numeric personal.....
11. Sex: F M
12. Religie.....
13. Cupon de pensie (doar de pensie) nr.....
(se precizeaza tipul de pensie: de varsta, de invaliditate, de nevazator, veteran,
si altele asemenea)
14. Certificat de incadrare intr-un grad de handicap: nr..... gradul.....
15. Carnet de asigurari de sanatate: seria.....
16. Starea civila: necasatorit(a) casatorit(a) data.....
vaduv(a) data..... divortat(a) data.....
despartit(a) in fapt concubinaj
17. Copii: DA NU
Daca DA, se vor scrie numele, prenumele, adresa, telefonul copiilor:

II. REPREZENTANTUL LEGAL:

1. Numele..... prenumele.....
2. Calitatea: sot/sotie fiu/fiica ruda alte persoane
3. Locul si data nasterii.....
4. Adresa de domiciliu.....
5. Nr. telefon la domiciliu....., la serviciu.....
Nr. telefon mobil..... nr. fax..... e-mail.....

III. PERSOANA DE CONTACT IN CAZ DE URGENTA

1. Numele.....prenumele.....
2. Adresa de domiciliu.....
3. Nr. telefon la domiciliu....., la serviciu.....
nr. telefon mobil.....nr. fax.....e-mail.....

IV. EVALUARE MEDICALA

A. Starea prezenta (date anamnestice, examinare clinica pe aparate si sisteme)

.....
.....
.....
.....
.....

B. Rezultate ale investigatiilor paraclinice

.....
.....
.....
.....

C. Diagnostic

.....
.....
.....

D. Evaluarea functionala a capacitatii de autoingrijire

1. Autonomie pastrata: DA NU
2. Necesita: supraveghere asistare ingrijire tratament

E. Recomandari

.....
.....

F. Concluzii

- Necesita internare intr-o unitate sanitara cu paturi
Necesita tratament la domiciliu necesita internare intr-o unitate de asistenta medico-sociala

V. EVALUAREA SITUATIEI SOCIO-ECONOMICE

A. Locuinta

1. Casa apartament la bloc alte situatii
2. Situata: la parter la etaj ascensor DA NU
3. Componenta: nr. camere.....bucatarie baie dus W.C. situat in interior
situat in exterior
4. Incalzire: fara centrala cu lemne/carbuni gaze naturale combustibil lichid
altele
5. Apa curenta: DA NU rece calda alte situatii
6. Iluminare: suficienta insuficienta
7. Umiditate: nivel normal nivel crescut

8. Stare de igiena: corespunzatoare necorespunzatoare
9. Locuinta este prevazuta cu: aragaz/masina de gatit frigider masina de spalat
aparatur radio/televizor aspirator
10. Concluzii privind riscul ambiental (conditii de locuit si facilitati)
-
-
-

B. Reteaua de familie

1. Persoana evaluata traieste: singur/singura de la data de.....
cu sot/sotie de la data de.....
cu copiii de la data de.....
cu alte rude de la data de.....
cu alte persoane de la data de.....
2. Persoana/persoanele cu care locuieste (numele, prenumele, calitatea, varsta), daca este compatibil/se intelege bine cu acestea:
-este compatibil DA NU
-este compatibil DA NU
-este compatibil DA NU
3. Una dintre persoanele cu care locuieste:
este bolnava prezinta un handicap este dependenta de alcool/droguri
4. Este ajutat(a) de familie: DA NU cu bani cu alimente activitati de menaj
5. Relatii cu familia sunt: bune cu probleme fara relatii
6. Exista risc de neglijare: DA NU abuz DA NU
- Daca DA, se vor face precizari:
-
-

C. Retea de prieteni si vecini

1. Are relatii cu prietenii si vecinii: DA NU vizite relatii de intrajutorare
Relatiile sunt: permanente ocazionale
2. Frecventeaza: un grup social biserica altele
Precizari:
-
-
3. Este ajutat(a) de prieteni, vecini pentru: cumparaturi activitati de menaj
deplasare in exterior
4. Participa la: activitati ale comunitatii activitati recreative
5. Comunitatea ii ofera un anumit suport: DA NU
Daca DA, se va preciza modalitatea:
-
-

D. Situatia economica- venituri

1. Venit lunar propriu reprezentat de:
- Pensie de asigurari sociale in valoare de
- Pensie pentru agricultori in valoare de

Pensie pt. persoana cu handicap in valoare de.....
Pensie I.O.V.R. in valoare de.....

2. Alte venituri:

a) alocatii, indemnizatii, ajutoare acordate conform legii.
.....
In valoare de.....

b) venituri din alte surse
.....
In valoare de.....

3. Venitul global declarat pentru impozitare.....

4. Bunuri mobile si imobile aflate in posesie.....

VI. EVALUAREA AUTONOMIEI PERSOANEI

Realizeaza activitatile curente ale vietii de zi cu zi: singur cu ajutor

Se va preciza pentru care activitati necesita ajutor (toaleta propriei persoane, alimentare si hidratare, mobilizare si deplasare in interiorul locuintei, deplasare in exteriorul locuintei, utilizarea mijloacelor de comunicare la distanta – telefon, alarma si alte asemenea, efectuarea menajului, efectuarea cumparaturilor, gestionarea si administrarea bunurilor proprii, utilizarea mijloacelor de transport, activitati recreative, respectarea indicatiilor privind tratamentul medical):
.....
.....

VII. DATE PRIVIND ASIGURAREA SERVICIILOR MEDICALE SI SOCIALE

1. Este inscris la un medic de familie: DA NU

Daca DA, se vor preciza: numele si prenumele medicului, adresa si numarul de telefon ale cabinetului medical individual:
.....
.....

2. Tratamentul si ingrijirea medicala necesara se pot realiza la domiciliul persoanei:
DA NU

Daca NU, se vor preciza cauzele:
.....
.....

3. Serviciile de ingrijire socio-medice pentru realizarea activitatilor curente ale vietii zilnice sunt disponibile pentru a mentine persoana la domiciliu propriu: DA NU

Daca DA, care sunt acestea si de cine sunt acordate:
.....
.....

VIII. CONCLUZII SI RECOMANDARI

Se vor avea in vedere afectiunile cronice pe care le prezinta persoana evaluata, precum si situatiile de dificultate datorate unor cauze de natura economica si sociala care pot conduce la aparitia riscului marginalizarii sau excluderii sociale.

Persoana evaluata este de acord cu datele si concluziile evaluarii: DA NU

A informat(a) asupra conditiilor necesare pentru internarea intr-o unitate medico-sociala: DA NU

Doreste sa se interneze intr-o unitate medico-sociala: DA NU

Data

Semnatura persoanei evaluate

.....
Reprezentantul legal, dupa caz:

De acord cu datele si concluziile evaluarii: DA NU

A fost informat asupra conditiilor necesare pentru internarea intr-o unitate de
asistenta medico-sociala: DA NU

Accepta recomandarea privind internarea persoanei evaluate intr-o unitate de
asistenta medico-sociala: DA NU

Data

Semnatura reprezentantului legal
al persoanei evaluate

.....
Evaluarea medicala in vederea internarii domnului/doamnei.....
intr-o unitate de asistenta medico-sociala a fost efectuata de:
Numele si prenumele.....
Specialitatea,functia.....
Institutia(unitatea) la care este angajat.....
Adresa institutiei(unitatii).....
Nr. telefon....., nr.fax.....
Semnatura si stampila spitalului care a efectuat evaluarea

Ancheta sociala reprezentand componenta sociala de evaluare in vederea internarii
domnului/doamneiintr-o unitate de asistenta medico-
sociala a fost efectuata de:

Numele si prenumele.....
Profesia....., functia.....
Institutia(unitatea) la care lucreaza.....
Adresa institutiei(unitatii)
Nr.telefon....., fax....., e-mail.....
Semnatura si stampila institutiei care a efectuat ancheta sociala.....

Alte persoane care au participat la evaluare, dupa caz:

.....
.....
.....