



Załącznik nr 2 do Regulaminu realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie Wiejskiej Lubawa realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

### **Karta zakresu czynności w ramach usługi opieki wychnieniowej do Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:
  - a) korzystanie z toalety
  - b) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel
  - c) czesanie
  - d) golenie
  - e) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu
  - f) obcinanie paznokci rąk i nóg
  - g) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku
  - h) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń
  - i) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych
  - j) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę)
  - k) ślanie łóżka i zmiana pościeli
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
  - a) sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
  - b) dokonywanie bieżących zakupów
  - c) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
  - d) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
  - a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością



- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ;
  - c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ;
  - d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ;
  - e) pomoc podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ;
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:**
- a) wyjście na spacer ;
  - b) załatwianie spraw urzędowych ;
  - c) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, ;
  - d) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ;
  - e) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji.

Opis sytuacji (zdrowotnej, zawodowej, rodzinnej) członka rodziny lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością wpływającej na sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością

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

Miejscowość, dnia .....

.....  
( podpis pracownika socjalnego )