



**Zakładane efekty Innowacji Społecznej
pn. „Stop Otyło ci” – innowacyjna metoda pracy
z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie.**

ETAP PRZYGOTOWANIA DO TESTOWANIA

WZORY DOKUMENTÓW

Wieliczka, 5.11.2017r.



GRAFIK WIZYT SPECJALISTÓW

*Grafik wizyt dla danego specjalisty, uwzgl dnia liczb spotka zaplanowanych w całym okresie realizacji projektu.



Grafik wizyt specjalistów

Imię i nazwisko członka mobilnego zespołu specjalistów:

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

DIETETYK

l. p.	data	czas trwania	podpis specjalisty	podpis uczestnika	uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					



Grafik wizyt specjalistów.

Imię i nazwisko członka mobilnego zespołu specjalistów:

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

PSYCHOLOG

l. p.	data	czas trwania	podpis specjalisty	podpis uczestnika	uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

Grafik wizyt specjalistów.

Imię i nazwisko członka mobilnego zespołu specjalistów:

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

PRACOWNIK SOCJALNY

l. p.	data	czas trwania	podpis specjalisty	podpis uczestnika	uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Grafik wizyt specjalistów.

Imię i nazwisko członka mobilnego zespołu specjalistów:

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

REHABILITANT

l. p.	data	czas trwania	podpis specjalisty	podpis uczestnika	uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					



16.					
17.					
18.					

Grafik wizyt specjalistów.

Imię i nazwisko członka mobilnego zespołu specjalistów:

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

LEKARZ

l. p.	data	czas trwania	podpis specjalisty	podpis uczestnika	uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					



Grafik wizyt specjalistów

Imię i nazwisko członka mobilnego zespołu specjalistów:

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

Piel gniarka

l. p.	data	czas trwania	podpis specjalisty	podpis uczestnika	uwagi
1.					
2.					
3.					



FORMULARZ INDYWIDUALNEJ DIAGNOZY ODBIORCY WSPARCIA

Grupa adresatów projektu:	Do której grupy adresatów Projektu Pan/i si zalicza (mo na zaznaczy wi cej ni jedn odpowied)		
	osoba sprawuj ca opiek nad osob /mi zale ny mi;		
	osoba niepełnosprawna;		
	osoba przewlekle chora:		
	osoba dotkni ta kryzysem w rodzinie;		
Status rodzinny	osoba samotna		
	osoba prowadz ca wspólne gospodarstwo domowe z innymi członkami rodziny w tym:		
	współmał onkiem		
	dorosłym dzieckiem/dzie mi		
	nieletnim dzieckiem/dzie mi		
	rodzicem (którym?- ojcem, matk)		
	innymi członkami rodziny, jakimi?		
Wykształcenie	brak		
	podstawowe		
	gimnazjalne		
	zawodowe		
	rednie ogólne		
	rednie zawodowe		
	policealne		
	wy sze licencjat		
	wy sze magisterskie		
	Inne jakie?		
Status osoby niepełnosprawnej	orzeczenie o niepełnosprawno ci przed 16 rokiem ycia	TAK	NIE



	lekki stopie niepełnosprawno ci		
	umiarkowany stopie niepełnosprawno ci		
	znaczny stopie niepełnosprawno ci		
Korzystanie ze wsparcia systemu pomocy społecznej	O rodek Pomocy Społecznej w tym:		
	<i>pracownik socjalny</i>		
	<i>asystent rodziny</i>		
	<i>psycholog</i>		
	<i>prawnik</i>		
	<i>inny specjalista: jaki?</i>		
	<i>grupa wsparcia:</i>		
	Gminna Komisja Rozwi zywania Problemów Alkoholowych.		
	Zespół Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.		
	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce w tym:		
	<i>psycholog</i>		
	<i>pedagog</i>		
	<i>interwent kryzysowy</i>		
	<i>prawnik</i>		
	<i>terapeuta rodzinny</i>		
	<i>terapeuta uzale nie</i>		
	<i>grupa wsparcia</i>		
	<i>dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych</i>		
	<i>dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych i technicznych</i>		
	<i>dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu si</i>		
	<i>dofinansowanie do sprz tu rehabilitacyjnego lub rodków ortopedycznych</i>		
	Uczestnictwo w dziennych formach wsparcia w tym:		
	<i>rodowiskowy Dom Samopomocy</i>		
<i>Warsztaty Terapii Zaj ciowej</i>			



	Dzienny Dom Pobytu dla Seniorów		
	inne, jakie?		
Oczekiwania co do uczestnictwa w projekcie	potrzeba wsparcia		
	poprawa funkcjonowania w rodowisku / rodzinie		
	Przyswojenie zachowa sprzyjaj cych zdrowiu.		
	inne, jakie?		
POZOSTAŁE INFORMACJE O RODZINIE:			
ródło utrzymania uczestnika:			
Renta socjalna -			
Renta rodzinna –			
Zasiłek piel gnacyjny –			
Renta inwalidzka –			
Dodatek piel gnacyjny –			
Inne, jakie :			
Dochód osoby samotnie gospodaruj cej:			
Dochód na osob w rodzinie:			
*Kryterium dochodowe – Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tj. Dz.U. z 2017r. poz. 1769 ze zm.) art. 8 ust. 1 pkt 1 (osoba samotna – 634 zł.) art. 8 ust. 1 pkt 2 (osoba w rodzinie – 514 zł.)			
Czy posiadane dochody wystarczaj na zabezpieczenie niezbd nych potrzeb bytowych? TAK NIE			
Czy zachodz okoliczno ci, co do których uruchomienie wsparcia z systemu pomocy społecznej jest konieczne? TAK NIE			
Je li Tak, to w jakiej formie? A) Pracy socjalnej poprzez :			



B) Przyznanie świadczeń z zakresu pomocy społecznej w formie:

1.
2.
3.

Czy w domu uczestnika jest bieżąca woda? TAK NIE

Czy uczestnik ma dostęp do urządzeń kuchennych i AGD? TAK NIE

Czy uczestnik ma możliwość samodzielnego przygotowywania posiłków? TAK NIE

Jeżeli Nie – to kto może udzielić pomocy w organizacji posiłku?

Kto może pomóc w przestrzeganiu dietetycznych nawyków żywieniowych?

Czy uczestnik projektu ma w domu własny pokój lub swobodne miejsce, w którym może przebiegać spotkanie z odwiedzającymi go specjalistami według ustalonego harmonogramu spotkań – w ramach realizowanego projektu?

TAK NIE

UWAGI I WNIOSKI KOŃCOWE:

CZ II – wypełnia lekarz			
		TAK	NIE
	Czy jest Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?		
	Czy w ciągu ostatniego roku leczył(a) się Pan(i) w szpitalu		
	Jeśli tak, to z jakiego powodu?:		
	Czy aktualnie jest Pan(i) w procesie leczenia?		
	Jeśli tak to z jakiego powodu:		
	Czy przyjmuje Pan(i) jakie leki?		
	Jeśli tak, to jakie i w jakich dawkach?		
	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?		
<p>Informacja dotycząca stanu zdrowia</p> <p>(Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania odpowiedniej do stanu zdrowia diety i zabiegów rehabilitacyjnych).</p>	choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego),		
	inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)		
	choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)		
	choroby w trocy (kamica, żółtaczka, marskość w trocy)		
	choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa,		
	zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)		
	choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)		
	choroba reumatyczna		



	<p>osteoporoza</p>		
	<p>choroby układu kostno-stawowego (ból kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)</p>		
	<p>choroby zakaźne, jakie?</p>		
	<p>inne dolegliwości, jakie?</p>		
<p>Wyniki badań</p>			
<p>Imię i nazwisko lekarza prowadzącego oraz kontakt do niego.</p>			
<p>UWAGI I WNIOSKI KOŃCOWE:</p>			

CZ III – wypełnia dietetyk

<p>Informacja dotycząca stanu zdrowia</p> <p>(Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania odpowiedniej do stanu zdrowia diety).</p>	wiek		
	wzrost		
	waga		
	waga docelowa		
	obwód brzucha		
	obwód bioder		
	BMI		
	% tkanki tłuszczowej		
	% wody		
	nadwaga	otyłość	otyłość olbrzymia
	od kiedy u Pana/i występuje nadwaga? -		
	czy w rodzinie są osoby otyłe, jeżeli tak to kto? -		
	czy ma Pan(i) alergię na pokarmy? Jeżeli tak to na jakie? -		
	ile razy dziennie spożywa Pan (i) posiłki? –		
w jakich godzinach? –			
czy podjada Pan/Pani pomiędzy posiłkami jeżeli tak, to co najczęściej? -			
czy uprawia Pan / Pani aktywność fizyczną?		TAK	NIE
<p>UWAGI I WNIOSKI KOŃCOWE:</p>			



CZ IV – wypełnia psycholog

<p>ocena nastawienia psychicznego do procesu odchudzania</p> <p>(Powyższe pytania słu do zebrania informacji koniecznych do określenia stopnia motywacji uzyskania wymiernych rezultatów w procesie odchudzania).</p>	Dlaczego chcesz się odchudzić ?
	Co dla Ciebie znaczy być szczuplejszym?
	Ile chcesz ważyć ?
	Kiedy, w jakich okolicznościach się gasz po jedzeniu?
	Skąd bierzesz wiedzę o zdrowym odżywianiu i otyłości?
	Czy interesujesz się problemami zdrowego odżywiania i otyłości?
	Czy wykorzystujesz jakkolwiek aktywnie fizycznie, wiesz, biegasz, chodzisz?
	Czy posiłki jesz sama czy w towarzystwie innych osób?
	Jakie posiłki najbardziej lubisz?
	Kiedy jesteś najbardziej głodny/a?
	Jak spędzasz wolny czas?
	Co lubisz robić ?
	Jakie masz zainteresowania?
	Jakie nagrody stosowali rodzice za dobre zachowanie? Czy za dobre wyniki w nauce?
Czy lubisz siebie takim jakim/ą jesteś ?	



	Czy masz kompleksy?
	Czego najbardziej nie lubisz w sobie?
	W jakich sytuacjach się denerwujesz, przez co masz stres?
	Co chciałby /chciałaby zmienić w sobie?
	Czy czujesz się szczęśliwy/a?
	Czy jesteś lubiany przez innych, czy jesteś akceptowany?
	Jak oceniasz czy ludzie są dobrzy czy źli?
	Czy potrafisz kontrolować swoje postępowanie?

UWAGI I WNIOSKI KOŃCOWE:



CZ V – wypełnia piel gniarka			
		TAK	NIE
<p>Informacja dotycząca stanu zdrowia</p> <p>(Powyższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania odpowiedniej do stanu zdrowia diety i zabiegów rehabilitacyjnych wspomagających proces odchudzania).</p>	czy samodzielnie Pan(i) wykonuje codzienne czynności?		
	które z czynności dnia codziennego sprawiają Panu(i) największe problemy?		
	higiena osobista- kąpiel		
	mycie zębów,		
	higiena rąk		
	dobór odzieży		
	zmiana odzieży		
	dbanie o porządek- sprzątanie mieszkania		
	czy samodzielnie Pan(i) przygotowuje posiłki ?		
	czy wychodzi Pan(i) na spacer?		
	czy spotyka się Pan(i) ze znajomymi?		
	Jeżeli TAK to proszę wpisać jak często		
UWAGI I WNIOSKI KOŃCOWE:			

CZ VI – wypełnia rehabilitant		TAK	NIE
<p>Informacja dotycząca stanu zdrowia i sprawności ruchowej</p> <p>(Powyższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania odpowiednich do stanu zdrowia zabiegów rehabilitacyjnych wspomagających proces odchudzania).</p>	Czy jest Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?		
	Czy w ciągu ostatniego roku korzystał(a) Pan(i) z zabiegów rehabilitacyjnych?		
	Jeśli tak to jakich?		
	Czy po zakończeniu lub w trakcie odczuwał Pan/ Pani jakie dolegliwości?		
	Jeśli tak to jakie?		
	Czy dolega Panu/ Pani jakiś ból (związany z poruszaniem się)?		
	Co go wzmacnia?		
	Co wycisza?		
	Kiedy w ciągu dnia czuje się Pan/ Pani najlepiej?		
	Kiedy w ciągu dnia ból jest największy?		
	Czy w ostatnim czasie (2 lata) wystąpiły jakieś kontuzje, urazy?		
	Jeśli tak, to jakie?		
	Czy choruje Pan/ Pani na jakieś choroby?		
	Jeśli tak, to jakie:		



	Czy przyjmuje Pan/ Pani leki?		
	Je li tak to prosz poda jakie		
	Czy bierze Pan/ Pani udział w jakich treningach, aktywno ciach?		
	Jakich?		
	Ile razy w tygodniu?		
	Jak cz sto porusza si Pan/ Pani pieszo? (droga do sklepu, spacer)		
	Wypadki, urazy komunikacyjne, prosz poda jakie:		
	Alergie		
	Je li tak to na co?		
UWAGI I WNIOSKI KO COWE:			



WZÓR DZIENNIKA POST PÓW



INDYWIDUALNA KARTA WIZYTY

Nazwa specjalisty: PRACOWNIK SOCJALNY

Data wizyty:

Wymiar czasowy spotkania:

Program spotkania:

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

Opis wykonywanych zaj :

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

Rekomendacje na przyszło :

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

Uwagi uczestnika projektu:

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



INDYWIDUALNA KARTA WIZYTY

Nazwa specjalisty: LEKARZ

Data wizyty:

Wymiar czasowy sesji:

Wynik konsultacji:

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

Przeciwwskazania do kontynuowania pracy w ramach testowania innowacji.

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

Uwagi co do modyfikacji działań :

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

Rekomendacje na przyszłość

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

Uwagi uczestnika projektu:

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



INDYWIDUALNA KARTA WIZYTY

Nazwa specjalisty: DIETETYK

Data wizyty:

Wymiar czasowy spotkania:

Opis wykonywanych zaj :
.....
.....
.....
.....

Przeciwwskazania do kontynuowania pracy w ramach testowania innowacji.
.....
.....
.....
.....

Uwagi co do modyfikacji działań :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rekomendacje na przyszłość
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi uczestnika projektu:
.....
.....
.....
.....
.....

Załącznik nr1 do indywidualnej karty wizyty dietetyka w dzienniku postępow.

WYWIAD WYWIENIOWY 24-godzinny

IMI I NAZWISKO :

DATA PRZEPROWADZENIA WYWIADU :

<i>Nazwa posiłku</i>	<i>Godzina spożycia posiłku</i>	<i>Produkt/potrawa/napój</i>	<i>Miara domowa (łyżka, szklanka, gar)</i>
I NIADANIE			
II NIADANIE			
OBIAD			
PODWIECZOREK			
KOLACJA			
PODJDANIE			

*wywiad wypełniany w zależności od potrzeby monitorowania zaleceń dietetyka



Załącznik nr 2 do indywidualnej karty wizyty dietetyka w dzienniku postępow.

Dziennik pomiarów

l.p.	Data	Godzina	Waga	BMI	Pas	Biodra
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

*Dziennik uzupełniany ka dorazowo podczas wizyty.



INDYWIDUALNA KARTA WIZYTY

Nazwa specjalisty: PSYCHOLOG

Data wizyty:

Wymiar czasowy sesji:

Program sesji:

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

Opis sesji:

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

Rekomendacje na przyszłość :

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

Uwagi uczestnika projektu:

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



INDYWIDUALNA KARTA WIZYTY

Nazwa specjalisty: PIEL GNIARKA

Data wizyty:

Wymiar czasowy sesji:

Program wizyty:

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

Opis wykonywanych czynno ci:

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

Rekomendacje na przyszło :

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

Uwagi uczestnika projektu:

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

Załącznik nr 2 do indywidualnej karty wizyty pielęgniarki w dzienniku postępow.

INDYWIDUALNA KARTA TRENINGÓW

Imię i Nazwisko.....

Data od.....do.....	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	RODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA	NIEDZIELA
cielenie łóżka							
Porządkowanie szafy/szafek/							
Codzienna zmiana bielizny i odzieży wierzchniej							
Schludny wygląd							
Obowiązkowa pielęgnacja							
Spacer							
Przygotowanie posiłków							



Załącznik nr 3 do indywidualnej karty wizyty pielęgniarki w dzienniku postępow.

KARTA INDYWIDUALNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Kolejno wizyt/ Data wizyty	Data wykonania badania	Wyniki badania	Ocena stanu zdrowia
1.			
2.			
3.			
Podsumowanie /ocena efektów/			

INDYWIDUALNA KARTA WIZYTY

Nazwa specjalisty: REHABILITANT

Data wizyty:

Wymiar czasowy:

Program spotkania:

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

Opis wykonywanych zaj :

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

Rekomendacje na przyszłość :

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

Uwagi uczestnika projektu:

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



Załącznik nr 1 do indywidualnej karty wizyty rehabilitanta w dzienniku postępow.

Imię i Nazwisko.....

Tabela pomiaru Krokomierza

Tydzie	Pomiar
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	



O WIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRA ENIU ZGODY NA WYKONANIE ZABIEGÓW PIEL GNACYJNYCH I BADA LABORATORYJNYCH

W zwi zku z uczestnictwem w projekcie pt. „Stop otyło ci” – innowacyjna metoda pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, realizowanego w ramach Konkursu na innowacje społeczne organizowanego przez Regionalny O rodek Polityki Społecznej w Krakowie w ramach Małopolskiego Inkubatora Innowacji Społecznych, wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów piel gnacyjnych i bada laboratoryjnych przez piel gnark - członka zespołu specjalistów w projekcie, które s elementem pogł bionej diagnozy wst pnej mojej osoby jako uczestnika projektu.

.....

(miejscowo , data)

.....

(*czytelny podpis uczestnika projektu)

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej lub ubezwłasnowolnionej, o wiadczenie powinno by podpisane zarówno przez dan osob jak równie przez jej prawnego opiekuna.

O WIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRA ENIU ZGODY NA WYKONANIE BADA PSYCHOLOGICZNYCH

W zwi zku z uczestnictwem w projekcie pt. „Stop otyło ci” – innowacyjna metoda pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, realizowanego w ramach Konkursu na innowacje społeczne organizowanego przez Regionalny O rodek Polityki Społecznej w Krakowie w ramach Małopolskiego Inkubatora Innowacji Społecznych, wyrażam zgodę na wykonanie badań psychologicznych przez psychologa - członka zespołu specjalistów w projekcie, które są elementem pogł bionej diagnozy wstępnej mojej osoby jako uczestnika projektu.

.....

(miejscowo , data)

.....

(*czytelny podpis uczestnika projektu)

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej lub ubezwłasnowolnionej, o wiadczenie powinno być podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.

O WIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRA ENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH (w tym wizerunku).

W zwi zku z uczestnictwem w projekcie pt. „Stop otyło ci” – innowacyjna metoda pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, realizowanego w ramach Konkursu na innowacje społeczne organizowanego przez Regionalny O rodek Polityki Społecznej w Krakowie w ramach Małopolskiego Inkubatora Innowacji Społecznych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, i przyjmuję do wiadomości, że:

1. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie na potrzeby realizacji projektu „Stop otyło ci” oraz jego ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości w ramach testowania innowacji społecznych;
2. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu pt. „Stop otyło ci” oraz jego ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach testowania innowacji społecznych;
3. podanie danych jest dobrowolne, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w projekcie pt. „Stop otyło ci”;
4. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
(miejscowość, data)

.....
(*czytelny podpis uczestnika projektu)

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej lub ubezwłasnowolnionej, o wiadczenie powinno być podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.