

**Kaarinan kaupunki**

Hyvinvointipalvelut

PL 8

20781 Kaarina

Hakemus ympärivuorokautiseen hoitoon

(Lomake tulee täyttää huolellisesti SAS-arviointia varten)

Tällä hakemuksella haetaan perhehoitoon ja palveluasumis- / vanhainkotipaikkaa

Hakemuksen saapumispäivä: _____

Käsittely Sas-työryhmässä: _____

Asiakaskriteerit / milloin on mahdollisuus saada ympärivuorokautisen hoidon paikka

Hakijalla on fyysisen, psyykkisen ja / tai sosiaalisen toimintakyvyn alentumista niin paljon, että hän tarvitsee ympärivuorokautista huolenpitoa, valvontaa ja hoitoa. Hakija ei selviä omassa kodissa tehostetun kotihoidon avulla (tarvitavat tukipalvelut ja kotihoidon käynnit neljä kertaa vuorokaudessa, lisäksi mahdolliset yöpartion käynnit). Muistisairaalla hakijalla on jatkuva henkilökunnan läsnäolon tarve. Hakijan omaisten ja läheisten antama apu rinnastetaan kotihoidon antamiin palveluihin.

Perusturvalautakunnan määrittämät asiakaskriteerit ympärivuorokautiseen hoitoon:

- perhehoito, taso 1, Rava < 2.5 tai MMSE > 16
taso 2, Rava ≥ 2,5 tai MMSE ≤ 16
- tehostettu palveluasuminen, hoitoisuustaso 1, Rava 2.70 - 3.49
hoitoisuustaso 2, Rava ≥ 3.5
- muistisairaalla Rava voi vaihdella 2.00 ja 3.50 välillä ja Rava-arvoa voidaan painottaa x 1,2, jolloin se kuvaa paremmin asiakkaan hoidon tarvetta. Lisäksi tarvittaessa arvioidaan muistisairautta hakijan muistitestillä (MMSE)

Rava-arvot ovat ohjeellisia ja niiden lisäksi asiakkaan palvelutarpeesta tehdään aina yksilöllinen arviointi.

Palveluasumispaikka on otettava tarjotusta yksiköstä viivytyksettä (viimeistään seitsemän kalenteripäivän kuluessa).

Henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
Perhesuhteet	<input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Eronnut	Lisätietoja
Omainen/ asioiden hoitaja	Nimi	Puhelin
	Osoite	Sukulaissuhde
Edunvalvoja, jos virallinen päätös	Nimi	Pvm
Asuminen	Asumismuoto <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Laitoshoito, missä? _____ <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Asuu puolison / omaisten kanssa, kenen? _____ <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Palveluasuminen, missä? _____	
Asumisympäristö ja kodin olosuhteet	Hissi <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Portaat <input type="checkbox"/> ulko <input type="checkbox"/> sisä Ovatko asumisen kannalta tärkeät toiminnot, keittiö, WC- ja peseytymistilanteet samassa kerroksessa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Peseytymisolosuhteet <input type="checkbox"/> ulko <input type="checkbox"/> sisä Muuta _____ Pitkät välimatkat yms.:	

Huomioitavat sairaudet	<input type="checkbox"/> muistisairaus <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> muu liikuntarajoite <input type="checkbox"/> sydän- ja verisuonisairaudet <input type="checkbox"/> aivoinfarkti <input type="checkbox"/> osteoporoosi <input type="checkbox"/> psyykkinen sairaus <input type="checkbox"/> päihdeongelma <input type="checkbox"/> muu:
Erityiset ongelmat	<input type="checkbox"/> yksinäisyys <input type="checkbox"/> harhat <input type="checkbox"/> pelot <input type="checkbox"/> sekavuus <input type="checkbox"/> aggressiivisuus <input type="checkbox"/> ravinto / nesteen saanti <input type="checkbox"/> karkailu <input type="checkbox"/> kaatuilu <input type="checkbox"/> lääkekielteisyys <input type="checkbox"/> lääkkeiden väärinkäyttö
Nykyiset palvelut	<input type="checkbox"/> kotihoito _____ tuntia/vko _____ kertaa/vko <input type="checkbox"/> kauppapalvelu _____ /vko _____ kertaa/vrk <input type="checkbox"/> siivouspalvelu _____ /kk <input type="checkbox"/> kotihoidon palveluseteli <input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu _____ tuntia/vko _____ kertaa/vko <input type="checkbox"/> päivätoiminta _____ /vko _____ kertaa/vrk <input type="checkbox"/> lyhytaikaishoito _____ /kk, missä _____ <input type="checkbox"/> omaisten apu _____ tuntia/vko _____ kertaa/vko <input type="checkbox"/> yksityinen apu _____ tuntia/vko _____ kertaa/vko <input type="checkbox"/> omaishoidontuki <input type="checkbox"/> ateriapalvelu _____ kertaa/vko <input type="checkbox"/> saunapalvelu _____ tuntia/vko _____ kertaa/vko <input type="checkbox"/> turvapalvelu <input type="checkbox"/> vammaispalvelu, mitä henkilökohtaista apua _____
Hakijan toimintakyky	Liikunta <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee muiden apua liikkumiseen Liikkuminen <input type="checkbox"/> ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> vuodepotilas Lääkkeen otto <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua Ruokailu <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua Peseytyminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua Pukeutuminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua WC-käynnit <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua Erittäminen <input type="checkbox"/> kertakatetrointi <input type="checkbox"/> katetri <input type="checkbox"/> kystofix <input type="checkbox"/> ulostamisen ongelmat <input type="checkbox"/> virtsankarkailu <input type="checkbox"/> avanne <input type="checkbox"/> vaipat <input type="checkbox"/> hoitaa itse <input type="checkbox"/> tarvitsee apua Muisti <input type="checkbox"/> muisti normaali <input type="checkbox"/> ajoittain muistamaton <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> sekava, levoton
	Ravapisteet _____ pvm _____ MMSEpisteet _____ pvm _____
Hakemuksen perusteet ja lisätiedot (Asiakkaan ja omaisen näkemys)	

