

Kuopion kaupunki

Perusturva ja terveydenhuolto
Vanhusten hoivapalvelut
Toimintakeskukset ja päivätoiminta

Asiakkaan tiedot

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelin
Postitoimipaikka	Sähköposti
Asuminen yksin ___ toisen kanssa ___ kenen? _____	Hakemuksen vastaus ilmoitetaan: hakijalle ___ yhteyshenkilölle ___

Omaisien / Yhteyshenkilön tiedot

Omaisien / yhteyshenkilön nimi	Sukulaisuussuhde
Lähiosoite	Puhelin
Postitoimipaikka	Sähköposti

Lisätietoja

Omaishoidon tuki: Kyllä ___ Ei ___
Kotihoito: Ei kotihoitoa ___ kaupungin kotihoito ___ Yksityinen ___ kuka? _____ Puhelin _____
Kotihoidon käyntien lukumäärä _____
Tiimi _____ Puhelin _____
Omahoitaja _____ Puhelin _____
Kotisairaanhoidtaja _____ Puhelin _____

Asiakkaan terveydentila ja diagnoosit

Millainen on terveydentilanne tällä hetkellä?
Diagnoosit
Allergiat
Erytisruokavalio
Muisti heikentynyt: Kyllä ___ Ei ___ jos heikentynyt, niin muistitestitulokset tarvitaan! MMSE _____ pvm _____ RAVA _____ pvm _____
Pystyn ottamaan lääkkeitä itsenäisesti: Kyllä ___ Ei ___

Kuljetusjärjestelyt ryhmään

Selviydyn itsenäisesti: Kyllä ___ Ei ___ Omaisen / hoitaja saattaa: Kyllä ___ Ei ___
Tarvitsen yhteiskuljetusta: Kyllä ___ Ei ___
Kuljetustuki: Kyllä ___ Ei ___
Tarvitsetteko apua asunnosta kyytiin siirtymisessä: Kyllä ___ Ei ___
Jos tarvitsette, niin millaista?

Kuopion kaupunki

Perusturva ja terveydenhuolto
Vanhusten hoivapalvelut
Toimintakeskukset ja päivätoiminta

Tietoja toimintakyvystä

Liikkuminen	Liikkumisen apuvälineet:
Näkö: normaali ___ heikentynyt ___ silmälasit ___	
Kuulo: normaali ___ heikentynyt ___ apuvälineet ___, mitä? _____	
Puhe: normaali ___ heikentynyt ___ apuvälineet ___, mitä? _____	
Ruokailu: Itsenäisesti _____ avustettuna, miten? _____	
Wc-käynnit: itsenäisesti _____ avustettuna, miten? _____	
Virtsanpidätyskyky: normaali ___ tihentynyt virtsaaminen ___ vaipat käytössä ___	
Vatsan toiminnassa erityistä huomioitavaa: _____	
Sosiaalinen toimintakyky /sosiaalinen verkosto _____	
Psyykkinen toimintakyky/mieliäla _____	
Oletteko osallistunut aiemmin johonkin osapäiväryhmään? kyllä ___ ei ___	
Jos olette, niin milloin ja mihin osapäiväryhmään? _____	
Osallistutteko tällä hetkellä ryhmä- tai muuhun harrastustoimintaan? Mihin? _____	

Toiveita ryhmätoiminnalta

Valitkaa itsellenne mieluisimmat vaihtoehdot:				
keskustelu	kädentaidot	kulttuuri ja taide	kirjallisuus	musiikki
liikunta	retket	hengellinen ohjelma	aivovoimistelu	
Omat odotuksenne/ toiveenne ryhmätoiminnan sisällöstä? _____				

Tietojen luovutus ja allekirjoitus

Asiakkaan tiedot kirjataan sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakasrekisteriin.

Tietojani saa luovuttaa hoitoon osallistuville yksiköille: kyllä ___ ei ___
omaisille: kyllä ___ ei ___
Paikka ja aika: _____
Päiväryhmäasiakkaan allekirjoitus: _____
Lomakkeen täyttämässä avusti: _____ puh: _____

Lomakkeiden palautus

Kaupunkialue, Karttula, Vehmersalmi ja Riistavesi: Palveluesimies Ulla Reiman,
Suokatu 6, 70100 Kuopio
Juankoski: Palveluesimies, Juankoskentie 13 B, 73500 Juankoski
Nilsä: Palveluesimies, Syvärintie 22, 73300 Nilsä

Kuopion kaupunki

Perusturva ja terveydenhuolto
Vanhusten hoivapalvelut
Toimintakeskukset ja päivätoiminta

Liite osapäiväryhmähakemukseen

TOIMINTAKYKYKARTOITUS

Nimi _____ hetu _____

pvm _____

kyllä	ei	Koti ja toimintaympäristö
		Asutteko yksin?
		Pääsettekö itse ulos?
		Pystyttekö liikkumaan ja toimimaan kotona ja lähiympäristössä esteittä?
		Selviättekö portaissa itsenäisesti?
		Ovatko kulkuyhteydet palvelu- ja asiointipaikkoihin saatavilla?
		Sosiaaliset suhteet ja ympäristö
		Onko teillä ystäviä/sukulaisia, joiden kanssa pidätte säännöllisesti yhteyttä?
		Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?
		Tunnetteko olonne turvattomaksi?
		Pystyttekö osallistumaan riittävästi kotinne ulkopuolisiin asiointeihin, tapahtumiin tai harrastuksiin?
		Käytättekö alkoholia enemmän kuin yhden annoksen kerrallaan tai seitsemän annosta viikossa? (Yksi annos on pieni pullo keskialutta tai siideriä, 12 cl mietoa tai 8cl väkevää viiniä, 4 cl viinaa40%)
		Arkipäivän toiminnot ja liikkuminen
		Suoriudutteko henkilökohtaisista päivittäisistä toimistanne (peseytyminen, pukeutuminen)?
		Teettekö kotiaskareita?
		Harrastatteko liikuntaa tai ulkoilua vähintään viisi kertaa viikossa?
		Onko liikkumisenne määrä vähentynyt viimeisen puolen vuoden aikana?
		Vaikeuttaako kipu tai joku muu syy (esim. virtsavaiva) päivittäisiä toimianne?
		Oletteko kaatunut tai onko teille sattunut tapaturmia viimeisen puolen vuoden aikana?
		Ravitsemus
		Syöttekö vähintään kerran päivässä lämpimän aterian?
		Ruokailletteko vähintään neljä kertaa päivässä (sisältäen pääruuan, välipalat)?
		Onko ruokahalunne pysynyt ennallaan?
		Onko painonne pysynyt ennallaan viimeisen puolen vuoden aikana?
		Uni, mieliala ja muisti
		Oletteko nukkunut hyvin viimeisen kuukauden aikana?
		Oletteko tuntenut itsenne viimeksi kuluneen kuukauden aikana usein alakuloiseksi tai masentuneeksi?
		Oletteko itse tai onko läheisenne ollut huolissaan muistinne vaikeuksista?