

# Plan opieki doraźnej w nagłych przypadkach

*Szczegóły podane w  
planie należy  
wykorzystać w celu  
zapewnienia opieki  
doraźnej dla:*



## Dane osobowe

Imię i nazwisko

Preferowana forma zwrotu

Adres

Data urodzenia

Religia / wyznanie

Numery telefoniczne

Najbliższy krewny

Czy ustanowiono opiekuna dla osoby niezdolnej działać we własnym imieniu? Należy podać szczegóły

Czy ustanowiono pełnomocnictwo? Należy podać szczegóły

Lubi

Nie lubi

## Potrzeby osoby objętej opieką

### Higiena osobista

### Zdolność poruszania się

### Potencjalne słabości / zagrożenia

### Przyczyny problemów i strategie postępowania

### Inne

## Codzienna rutyna

	Ranek	Popołudnie	Wieczór
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			
Sobota			
Niedziela			

# Kontakt w nagłych wypadkach

## Kontakt w nagłych wypadkach 1

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon domowy	
Komórka	
Numer do pracy	
Związek	
Czy posiada klucz? Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)	Czy ma dostęp do schowka na klucze? Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)
Jakiego rodzaju pomoc jest w stanie zapewnić w razie nagłej potrzeby? Dni / godziny, opieka i wsparcie, transport, itp.	
Proszę złożyć podpis potwierdzający zaznajomienie się z planem i pomoc w nagłych wypadkach	

## Kontakt w nagłych wypadkach 2

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon domowy	
Komórka	
Numer do pracy	
Związek	
Czy posiada klucz? Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)	Czy ma dostęp do schowka na klucze? Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)
Jakiego rodzaju pomoc jest w stanie zapewnić w razie nagłej potrzeby? Dni / godziny, opieka i wsparcie, transport, itp.	
Proszę złożyć podpis potwierdzający zaznajomienie się z planem i pomoc w nagłych wypadkach	

# Kontakt w nagłych wypadkach

## Kontakt w nagłych wypadkach 3

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon domowy	
Komórka	
Numer do pracy	
Związek	
Czy posiada klucz? Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)	Czy ma dostęp do schowka na klucze? Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)
Jakiego rodzaju pomoc jest w stanie zapewnić w razie nagłej potrzeby? Dni / godziny, opieka i wsparcie, transport, itp.	
Proszę złożyć podpis potwierdzający zaznajomienie się z planem i pomoc w nagłych wypadkach	

## Kontakt w nagłych wypadkach 4

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon domowy	
Komórka	
Numer do pracy	
Związek	
Czy posiada klucz? Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)	Czy ma dostęp do schowka na klucze? Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)
Jakiego rodzaju pomoc jest w stanie zapewnić w razie nagłej potrzeby? Dni / godziny, opieka i wsparcie, transport, itp.	
Proszę złożyć podpis potwierdzający zaznajomienie się z planem i pomoc w nagłych wypadkach	

# Zdrowie

Problemy zdrowotne

Alergie

Gdzie przechowuje się leki?

Nazwa i adres apteki

Nazwisko i adres lekarza pierwszego kontaktu

# Pożywienie

Szczególne wymagania dietetyczne

Pomoc w czasie posiłków

## Zdolności komunikacyjne

Odmiennie sposoby komunikowania się, np. system Makaton, brytyjski język migowy, sygnały/gesty

# Pomocne numery kontaktowe

## Agencja zapewniająca opiekę

Imię i nazwisko	
Adres	
Numer kontaktowy	
Zapewniona opieka (dni, godziny, itp.)	

## Pracownik opieki społecznej / kierownik opieki

Imię i nazwisko	
Adres	
Numer kontaktowy	

## Inne

Imię i nazwisko	
Adres	
Odpowiedzialność	
Numer kontaktowy	

## Ten plan udostępniono następującym agencjom:


## Inne istotne informacje

--

## Zwierzęta w domu (jeśli dotyczy)

Jak się wabi?	Gatunek	Ustalenia w przypadku nagłej potrzeby

ENABLE Scotland  
Picking Up The Pieces  
INSPIRE House  
Renshaw Place  
Eurocentral  
N Lanarkshire  
ML1 4UF

**T: 01698 737000**

Organizacja ENABLE Scotland jest finansowana przez Rząd Szkocki i jej celem jest wdrożenie projektu Picking Up The Pieces, co zapewni lepszy dostęp opiekunom w Szkocji do planowania opieki doraźnej.



**ENABLE Scotland**

Leading the way in learning disability

ENABLE Scotland jest organizacją charytatywną zarejestrowaną w Szkocji, pod numerem SC009024.