Załącznik nr 1 do Regulaminu Ośrodka Interwencyjno-Terapeutycznego dla Osób Bezdomnych

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach Ośrodek Interwencyjno–Terapeutyczny dla Osób Bezdomnych, Kielce, ul. Żniwna 4, tel. 41 367 66 74, 41 311 11 17

Nr ewidencyjny ………..…………………………………… Nr sali ……………………………… Nr depozytu wartościowego ……………………………………………………………………..

**KARTA POBYTU W PUNKCIE POMOCY DORAŹNEJ**

**OŚRODKA INTERWEYNCYJNO-TERAPEUTYCZNY DLA OSÓB BEZDOMNYCH**

Pan/i..…………………………………..………………………………………..……………..…..………………… syn (córka) …………....………………………………………..……………………….………………………

(imiona, nazwisko) (imię ojca, matki)

urodzony/a …………………………………..…………………………………..….…..…………………………… PESEL ………………………………..…..….……………………………………..……………………………

adres pobytu, zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(dokładny adres zamieszkania lub przebywania, w przypadku osoby bezdomnej w ostatnim okresie)

ostatni adres zameldowania na pobyt stały ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(miejscowość, ulica, nr domu lub lokalu, gmina)

Nr dowodu osobistego ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

**I. WNIOSEK O PRZYJĘCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia Policja/Straż Miejska/Streetworker** | Wyżej wymieniony/a w dniu ……………………………………………….…………. godz. ……………………………………………….…………. będąc w stanie nietrzeźwości, znalazł/a się w okolicznościach zagrażających życiu lub zdrowiu (podać dokładny opis okoliczności, miejsce przebywania osoby, zachowanie w czasie transportu oraz informację z jakiego powodu nie został przekazany osobom bliskim, pod jaki adres, ewentualnie jakiej osobie)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………….…..………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………..……………………..………………………………………………..……………………………….………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………….……………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….…………………………………………………………………………………………… |
| **Wypełnia Sanitariusz/Ratownik** | Wyżej wymieniony/a w dniu ……………………………………………….…………. godz. ……………………………………………….…………. będąc w stanie nietrzeźwości,  został/a odebrany ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ……………………….……………………………………………………………………………..…………..….……………………….. i przewieziony do Punktu Pomocy Doraźnej o godz. …………………………………………………przez ratowników medycznych z:  ………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..  (numer zespołu karetki transportowej sanitarnej)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..………………………………………..  (kod karetki – numer rejestracyjny karetki) |
|  | Wynik badania alkometrem …………………………………………… mg/l. Proszę o przyjęcie wymienionego (ej) do Punktu Pomocy Doraźnej  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ( (imię i nazwisko składającego wniosek, stopień i numer służbowy funkcjonariusza Policji, Strażnika Miejskiego, Sanitariusza /Ratownika / Streetworkera)  ………………………………………………………………  (podpis) |

**I A. OSOBA KIEROWANA DO PUNKTU POMOCY DORAŹNEJ Z OGRZEWALNI/ŚWIETLICY**

**Wynik badania alkometrem …………………………………………… mg/l.**

………………………………………………………………………………

(podpis opiekuna/p.o. opiekuna)

**II. OPINIA RATOWNIKA MEDYCZNEGO**

Wyżej wymieniony/a został poddany/a badaniu medycznemu o godz. ………………………………………………………………………..

1. Wywiad środowiskowy:

a) okoliczności, rodzaj i ilość wypitego alkoholu, inne okoliczności związane z wprowadzeniem się w stan nietrzeźwości:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….……………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………….…………

2. Badania osoby przywiezionej do Punktu Pomocy Doraźnej:

1. ciśnienie …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………….………………….
2. temperatura: w normie/chłodna/ciepła
3. tętno: miarowe, niemiarowe, dobrze napięte, słabo napięte
4. zachowanie: przytomny, nieprzytomny, śpiący, gadatliwy, spokojny, awanturujący się, małomówny, oporny
5. nastrój: wesoły, przygnębiony, przeciętny, pobudzony
6. chód: pewny, chwiejny, brak równowagi
7. mowa: wyraźna, niewyraźny, bełkotliwa
8. ślady wymiotów (widoczne, niewidoczne)
9. serce: akcja: miarowa, niemiarowa, tony: czyste, nieczyste
10. źrenice: szerokie, normalne, nienormalne, wąskie, słabo reagujące, brak reakcji
11. skóra: blada, zaczerwieniona, prawidłowo ukrwiona, sinica
12. płuca …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………….………………………..
13. stan jamy brzusznej …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………….….
14. obrażenia …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………….  
    ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. inne objawy chorobowe …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………….  
   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. określenie stanu badanego ……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………  
   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. W wyniku badań stwierdzam, że przywieziony/a:

1. jest w stanie nietrzeźwości uzasadniającym pobyt w Punkcie Pomocy Doraźnej na czas……………………………………………………………….………………………………………………
2. wymaga skierowania do placówki służby zdrowia………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. nie wymaga umieszczenia w Punkcie Pomocy Doraźnej

………………………………………………………………………………

(podpis ratownika medycznego)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**III. DECYZJA OPIEKUNA/P.O. OPIEKUNA PUNKTU POMOCY DORAŹNEJ**

1. Odmawia się przyjęcia do Punktu Pomocy Doraźnej z uwagi na:

1. brak wskazań we wniosku wystarczających podstaw do Punktu Pomocy Doraźnej.
2. wskazania ratownika medycznego co do zastosowania wobec klienta środków, które mogą być zastosowane w zakładzie leczniczym przez lekarza specjalistę.
3. brak u klienta objawów stanu nietrzeźwości uzasadniających pobyt Punkcie Pomocy Doraźnej.
4. brak wolnych miejsc w Punkcie Pomocy Doraźnej.

2. Przyjmuję się do Punktu Pomocy Doraźnej.

………………………………………………………………………………

(podpis opiekuna/p.o. opiekuna)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IV. DEPOZYT**

W związku z przyjęciem do Punktu Pomocy Doraźnej w depozycie zatrzymano:

1. Dokumenty:

1. dowód osobisty (seria, nr, przez kogo wydany) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..
2. karta bankowa (wystawiona na nazwisko, nazwa banku)………………………………………………………………………………………………………………………………….………………
3. inne dokumenty………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

2. Pieniądze (liczba i słownie): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3. Przedmioty wartościowe: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Napoje alkoholowe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

5. Rzeczy osobiste:

1. kurtka…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………
2. spodnie……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………….
3. buty………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….………
4. sweter ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..
5. skarpety …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
6. majtki ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
7. podkoszulek/koszula…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Inne:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stwierdzam, że wpisany do karty depozyt wartościowy i ubraniowy jest zgodny ze stanem posiadanym przez klienta w chwili przyjmowania na pobyt w PPD.

………………………………………………………………………………

(podpis opiekuna/p.o. opiekuna)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V. POBYT W PUNKCIE POMOCY DORAŹNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Zastosowane zabiegi i środki (rodzaj i ilość leków, opatrunków i innych zastosowanych przy kliencie)…………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………. | Miejsce do wklejenia lub wszywania wyników z alkometru |

Stan zdrowia i zachowanie (stan psychiczny i fizyczny podczas pobytu w placówce, zalecenia ratownika medycznego i informacje przekazane klientowi)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**VI. ZWOLNIENIE Z PUNKTU POMOCY DORAŹNEJ**

1. Badanie medyczne

Po zastosowaniu wymienionych w niniejszej karcie zabiegów i środków oraz po ……………. godzinach pobytu w Punkcie Pomocy Doraźnej w wyniku badania medycznego (podać stopień wytrzeźwienia, stan psychiczny i fizyczny) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stwierdzam, że wyżej wymieniony/a:

1. może opuścić Punkt Pomocy Doraźnej
2. wymaga skierowania do lekarza specjalisty/placówki służby zdrowia, gdyż (podać powód) ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

(podpis ratownika medycznego)

Oświadczenie klienta (ewentualne oświadczenie odmowy udzielenia pomocy medycznej lub dalszego leczenia):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

(podpis klienta)

2. Decyzja opiekuna Punktu Pomocy Doraźnej

Wyżej wymieniony/a w dniu (dd-mm-rrrr) …………………………………….………………… o godz. …………………………… min. …………………

1. opuścił/a Punkt Pomocy Doraźnej
2. został/a skierowany (a) do lekarza specjalisty/placówki służby zdrowia
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

………………………………………………………………………………

(podpis opiekuna/p.o. opiekuna)

3. Odbiór depozytu

Potwierdzam odbiór

1. pieniędzy ………………………………………………………………………… zł, słownie ………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. przedmiotów wyszczególnionych w spisie depozytu.

Uwagi osoby opuszczającej Punkt Pomocy Doraźnej

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zostałem/am poinformowany/a moich danych osobowych w rejestrze zbioru Punktu Pomocy Doraźnej zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

Data ……………………………………………..

……………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………

(podpis osoby odbierającej depozyt) (podpis osoby zwracającej depozyt)