



Saapumispäivä: \_\_\_\_\_

täytetään vanhuspalveluiden toimistolla

Sovittu kotikäynti \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 2021 klo \_\_\_\_\_

Kotikäynnin \_\_\_\_\_

suorittajat \_\_\_\_\_

<b>A) Hoidettavan henkilötiedot</b>	Nimi	Henkilötunnus	Puhelin			
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka					
	Lähiomainen	Puhelin				
	Osoite, Postinumero ja -toimipaikka					
<b>B) Ehdotus hoitajaksi</b>	Nimi	Henkilötunnus	Puhelin kotiin			
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka		Puhelin toimeen			
	Sukulaisuussuhde hoidettavaan	Pankkitili				
<b>Työssäkäynti</b>	<input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo _____ <input type="checkbox"/> osapäivätyö, klo _____ <input type="checkbox"/> ei työssä					
	<input type="checkbox"/> palkattomalla virkavapaalla; ajalla: ____/____ - ____/____ <input type="checkbox"/> eläkkeellä					
	Onko hoitaja joutunut jäämään pois ansiotyöstä tai jäämään vuorotteluvapaalle toimiakseen omaishoitajana? <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin: _____ <input type="checkbox"/> Ei ole					
Vuorotteluvapaakorvaus: _____ €/kk						
<b>Hoitajan KELA- korvaukset</b>	Saako hoitaja Kansaneläkelaitoksen myöntämää hoitotukea tai muuta korvausta?					
	<input type="checkbox"/> alin hoitotuki _____ €/kk	<input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki _____ €/kk	<input type="checkbox"/> muuta, mitä? _____ €/kk			
<b>C) Hoidettavan asuinolosuhteet</b>	<input type="checkbox"/> Rivitaloasunto	<input type="checkbox"/> Apuvälineitä käytössä, mitä? _____				
	<input type="checkbox"/> Omakotitalo	_____				
<b>D) Palveluiden käyttö</b>	<input type="checkbox"/> Kotihoidonpalvelut _____ tuntia/kk	<b>KELA:n korvaukset:</b>				
	<input type="checkbox"/> Kotisairaanhoito _____ tuntia/kk	Hoitotuki _____ €/kk				
<b>E) Onko hoidettava päivisin tai muutoin säännöllisesti</b>	<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut	Korotettu hoitotuki _____ €/kk				
	<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja _____ t/vk	Vammaistuki _____ €/kk				
	<input type="checkbox"/> Muu: _____	Erytishoitotuki _____ €/kk				
	<input type="checkbox"/> koulussa _____ t/vk, missä? _____	Erytishoitoraha _____ €/kk				
	<input type="checkbox"/> päiväkodissa _____ t/vk, missä? _____	Yksityiset palvelut, mitkä: _____				
	<input type="checkbox"/> päivätoiminnassa _____ t/vk, missä? _____					
	<input type="checkbox"/> viikonloppuhoidossa _____ pv/kk, missä? _____					
<input type="checkbox"/> sijaishoidossa _____ pv/kk, missä? _____						
<input type="checkbox"/> muualla _____ t/vk, missä? _____						
<b>F) Erityisavun tarve</b>		<b>Ajoittain</b>	<b>Päivittäin</b>	<b>Ympäri vrk:n</b>		
	Hoitotoimenpiteet					
	Sairauskohtaukset					
	Levottomuus					
	Yövalvominen					
	Muu, mikä					

1. NÄKÖ	0	Näkee normaalisti
	1	Näkö heikentynyt, mutta selviytyy tutussa ympäristössä
	2	Tarvitsee apuvälineitä, näkö heikentynyt myös apuvälinein, tarvitsee ohjauksen vieraassa ympäristössä
	3	Ei näe
2. KUULO	0	Kuulee normaalisti
	1	Kuulo heikentynyt, mutta selviytyy tutussa ympäristössä
	2	Tarvitsee apuvälineen (kuulolaite) ja selviytyy sillä
	3	Tarvitsee vuorovaikutukseen vaihtoehtoisia kommunikointimenetelmiä (sekä itse että perheenjäsenet)
3. PUHUMINEN	0	Puhuu ikäistensä tavoin
	1	Puhe epäselvä, mutta ymmärrettävää
	2	Puhetta vähän, tukiviittomat tai kuvat kommunikoinnin tukena
	3	Puhuu yksittäisiä sanoja, kommunikointi pääosin korvaavien menetelmien varassa
	4	Ei tuota puhetta, kommunikoi kuvien tai viittomien avulla
	5	Ei puhu eikä kykene ilmaisemaan itseään
4. PUHEEN YMMÄRTÄMINEN	0	Ymmärtää puheen
	1	Ymmärtää puhetta tilanteisiin liittyen (kaksiosaiset ohjeet; kun on syöty, lähdetään ulos
	2	Ymmärtää yksiosaiset ohjeet (lähdetään saunaan, mennään syömään), kuvat /tukiviittomat ymmärtämisen tukena
	3	Ymmärtää lyhyet, yksinkertaiset kehotukset (tule, ota, anna), kuvat käytössä toiminnanohjauksessa
	4	Tarvitsee puhetta korvaavia/tukevia kommunikointimenetelmiä, kommunikointi täysin kuvien ja viittomien varassa
	5	Ei ymmärrä eikä reagoi puheelle
5. LIKKUMISKYKY	0	Liikkuu ikäistensä tavoin
	1	Tarvitsee jonkin verran apua liikkumisessa esim. tasapainon heikkous, motorinen kömpelyys
	2	Tarvitsee asennon muuttamisessa ja säilyttämisessä hoitajan apua
	3	Tarvitsee liikkumiseen apuvälineen, tarvitsee seurantaa liikkumisessa ja leikeissä
	4	Tarvitsee huomattavasti apua liikkumisessa, pyörätuoli käytössä jne.
	5	On täysin autettava, tarvitsee asennon muuttamisessa ja säilyttämisessä hoitajan apua
6. WC-KÄYNTI	0	Ikätason mukaisesti
	1	Osa ilmaista tarpeensa, mutta ongelmia pidätyskyvyssä
	2	Tarvitsee ohjausta ja muistuttamista
	3	Tarvitsee vähän hoitajan apua esim. pyyhkimisessä, vaipat satunnaisesti, yövaippa
	4	Tarvitsee huomattavasti apua, tuhrii, sotkee eritteiden kanssa itseään ja ympäristöään, täysin vaiפוissa
	5	Ei selviä lainkaan itsenäisesti wc-käynnistä, on katetraitava tai kestokatetri
7. SYÖMINEN	0	Syö ikäistensä tavoin
	1	Syö ikäistensä tavoin, mutta tarvitsee valvontaa ja ohjausta esim. ei pysy pöydässä
	2	Tarvitsee jonkin verran hoitajan apua ruokailussa (nielemisvaikeuksia, soseruoka)
	3	Tarvitsee ruokailussa huomattavasti hoitajan apua
	4	Täysin autettava ruokailussa; syötettävä
	5	Syöminen ei onnistu, letkuruokinta
8. LÄÄKITYS JA HOIDOT	0	Säännöllinen lääkitys joka ei vaadi hoitajalta erityistä seurantaa
	1	Useita lääkkeitä, joita hoitajan seurattava/valvottava, lääkkeen ottaminen haastavaa
	2	Vaatii päivittäin muuta lääkitystä ja/tai vaativaa hoitoa (peg-nappi, CVK)
9. PUKEUTUMINEN	0	Pukeutuu ikäistensä tavoin
	1	Tarvitsee vähän apua, pystyy pukemaan sanallisen ohjauksen mukaan
	2	Tarvitsee apua yksittäisten vaatekappaleiden pukemisessa esim. napit, vetoketju
	3	Tarvitsee runsaasti apua pukeutumisessa, myötäilee puettaessa, avustaa itse pukeutumisessa
	4	Ei pysty itse pukemaan, täysin autettava
10. PESEYTYMINEN	0	Peseytyy ikäistensä tavoin
	1	Pystyy peseytymään sanallisen ohjauksen mukaan
	2	Tarvitsee vähän apua peseytymisessä esim. hiusten pesu, katsottava pesuaineet
	3	Tarvitsee lähes täyden avun peseytymisessä, mutta on peseytymisessä mukana
	4	Ei pysty peseytymään itse, täysin autettava

<b>11. LEPO JA UNI</b>	0	<b>Nukkuu yönsä hyvin</b>
	1	<b>Heräilee yöllä, mutta ei tarvitse hoitajan apua</b>
	2	<b>Heräilee useita kertoja yössä, tarvitsee hoitajan apua</b>
	3	<b>Ei nuku öisin, vuorokausirytmisi sekaisin</b>
	4	<b>Lapsi on levoton päivisin ja öisin</b>
<b>12. KÄYTÖS JA SOSIAALISET TAIDOT</b>	0	<b>Normaali</b>
	1	<b>Passiivinen</b> (haluton, vetäytyvä, houkuteltava, vaati motivointia, eristäytyvä)
	2	<b>Häiritsevä</b> (häiritsevää kontaktinottoa, takertuva, yliaktiivinen, jatkuva valittaminen, samojen asioiden toisto, yövalvominen, pelisääntöjen rikkominen, luvaton tavaroiden otto, tavaroiden rikkominen)
	3	<b>Harhaileva</b> (jatkuva kuljeskelu, ei tunnista ympäristöä, eksyy eikä kykene kulkemaan itsenäisesti tutussakaan ympäristössä, karkailua)
	4	<b>Aggressiivinen</b> (esineiden viskely ja rikkominen, kohtuuton huutaminen, itseään vahingoittava käyttäytyminen, muu väkivaltaisuus, hakkaa / raapii itseään tai muita)
5	<b>Kontaktikyvytön</b> (vaikeimmin kehitysvammaiset)	
<b>13. HOITOTYÖN SITOVUUS JA VAATIVUUS</b>	0	<b>Selviytyy ikää vastaavasti</b>
	1	<b>Tarvitsee valvontaa</b>
	2	<b>Tarvitsee vähän tukea ja ohjausta, voi jättää joksikin aikaa yksin tutussa ympäristössä, kuten kodissa</b>
	3	<b>Tarvitsee paljon apua ja tukea, voi jättää yksin 1-2 tunnin ajaksi esim. kaupassakäynti</b>
	4	<b>Täysin autettava, ei voi jättää lainkaan yksin, koko ajan valvottava, hoitajan oltava samassa tilassa</b>

1. Osallistuvatko muut omaiset hoitoon  Kyllä  Ei

2. Miten muut omaiset osallistuvat hoitoon?

Päivittäin  Viikottain  Kuukausittain  Harvemmin

## HOITOISUUSARVION PISTEET: \_\_\_\_\_

<b>G)</b> Terveydentila	Mikä sairaus tai vamma lapsellanne on?
	Millä tavoin sairaus/vamma rajoittaa lapsen/perheen elämää verrattuna samanikäiseen terveeseen lapseen?
Lääkärin lausunto	Missä asioissa lapsi tarvitsee sairauden/vamman vuoksi toisen henkilön apua?
Lääkärin lausunto	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
<b>H)</b> Päivittäinen hoidon tarve	Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan sisältyy ja kuinka paljon aikaa kuluu tunteina:
	Päiväaikaan:
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	Yöaikaan:
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	_____ tuntia
Hoidon sitovuus	Mikä on sitovaksi kokemanne hoitoaika hoidettavaan vuorokaudessa: _____ tuntia/vrk
<b>Lisätietoja</b>	

Omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät haluan järjestettävän, missä/miten:

\_\_\_\_\_

Tässä vaiheessa en halua sopia vapaapäivien järjestelyistä .

Suostun, että tietojani voidaan luovuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisille/yksityisille palvelun tuottajille

Kyllä       Ei

Päiväys	Hoitajan allekirjoitus

Lisätietoja tarvittaessa puh. 040 575 7363.