

Saapumispäivä ____ / ____ / 20__

| | | | | |
|---|--|------------------|---|--|
| Hakijan henkilötiedot Tehostetun palvelupaikan omaava asukas ei tarvitse hakemusta vaippoihin. Kyselyt Porin hoitotarvikkeja-kelu, 02-621 3756 Pori PETU Hakemus palautetaan PETU/ HTJ Maantiekatu 31 28120 Pori | Sukunimi | | Etunimi | |
| | Henkilötunnus | | Lähiosoite | |
| | Postinumero | Postitoimipaikka | Puhelinnumero | |
| | Lähiomainen | | Lähiomaisen puhelinnumero | |
| | <input type="checkbox"/> vaipat, kulutusmäärä –arvio _____ kpl/vrk <input type="checkbox"/> haavahoitotuotteet: haavahoito tehdään _____ x viikossa Haavahoitotarvikkeita haettaessa: haavahoidon aloittamispäivämäärä / missä haavahoito aloitettu _____ haavojen sijainti ja koko: _____ käytössä olevat tuotteet: _____ missä/kuka hoitaa: _____ esim. Satasairaala/haavapkl, jalkaterapeutti, lvo , kotihoito, palvelukodin hoitajat ym. | | | |
| Tietoja hakijan lähiverkostosta | Asuuko: <input type="checkbox"/> yksin kotona <input type="checkbox"/> asumispalvelu <input type="checkbox"/> vammaispalvelu <input type="checkbox"/> vanhuspalvelu <input type="checkbox"/> palvelukoti/ palvelutalo <input type="checkbox"/> ryhmäkoti <input type="checkbox"/> perhekoti <input type="checkbox"/> muu/mikä: | | Kenen kanssa asuu: <input type="checkbox"/> puolison kanssa kotona <input type="checkbox"/> hoitaja <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu, kuka: | |
| | Hoitava lääkäri tai terveyskeskus/ työterveyshuolto/ sairaala | | | |
| Kotihoito | Kotihoito: Kotihoidon yhteystiedot: <input type="checkbox"/> ei käy <input type="checkbox"/> käy _____ x päivä _____ x viikko _____ x kuukausi | | | |
| | Kaikki sairaudet, jotka diagnosoitu | | | |
| Sairaudet | Liikkumisen apuvälineet/ Muisti- testin tulos MMSE ja päivämäärä | | | |

| Virtsa- ja ulosteongelmat Lapsen kohdalla tätä kohtaa ei tarvitse täyttää. Riittää lääkärin diagnoisoima vamma, kehitysvamma tai sairaus | <table><thead><tr><th>Ympyröi sopivin vaihtoehto</th><th>0</th><th>1</th><th>2</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. virtsa karkaa ilman ponnistusta (esim. makuulla)</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>2. seisomaan noustessa tai kävellessä</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>3. ponnistuksessa esim. yskissä/aivastaessa</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>4. haittaako se jokapäiväisiä askareita</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>5. pelkäätekö, että muut huomaavat vaivanne</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>6. joudutteko luopumaan menoistanne (kyläily ym)</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>7. joudutteko käyttämään suojavaippoja-tai siteitä</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>8. tuleeeko vaippaan ulostetta</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>9. onko oireistanne haittaa joka päivä</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>10. onko virtsankarkailu kestänyt yli 3kk</td><td>Ei</td><td></td><td>On</td></tr></tbody></table> | Ympyröi sopivin vaihtoehto | 0 | 1 | 2 | 1. virtsa karkaa ilman ponnistusta (esim. makuulla) | Ei | Joskus | Hyvin usein | 2. seisomaan noustessa tai kävellessä | Ei | Joskus | Hyvin usein | 3. ponnistuksessa esim. yskissä/aivastaessa | Ei | Joskus | Hyvin usein | 4. haittaako se jokapäiväisiä askareita | Ei | Joskus | Hyvin usein | 5. pelkäätekö, että muut huomaavat vaivanne | Ei | Joskus | Hyvin usein | 6. joudutteko luopumaan menoistanne (kyläily ym) | Ei | Joskus | Hyvin usein | 7. joudutteko käyttämään suojavaippoja-tai siteitä | Ei | Joskus | Hyvin usein | 8. tuleeeko vaippaan ulostetta | Ei | Joskus | Hyvin usein | 9. onko oireistanne haittaa joka päivä | Ei | Joskus | Hyvin usein | 10. onko virtsankarkailu kestänyt yli 3kk | Ei | | On |
|---|--|----------------------------|-------------|---|---|---|----|--------|-------------|---------------------------------------|----|--------|-------------|---|----|--------|-------------|---|----|--------|-------------|---|----|--------|-------------|--|----|--------|-------------|--|----|--------|-------------|--------------------------------|----|--------|-------------|--|----|--------|-------------|---|----|--|----|
| Ympyröi sopivin vaihtoehto | 0 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. virtsa karkaa ilman ponnistusta (esim. makuulla) | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. seisomaan noustessa tai kävellessä | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ponnistuksessa esim. yskissä/aivastaessa | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. haittaako se jokapäiväisiä askareita | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. pelkäätekö, että muut huomaavat vaivanne | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. joudutteko luopumaan menoistanne (kyläily ym) | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. joudutteko käyttämään suojavaippoja-tai siteitä | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. tuleeeko vaippaan ulostetta | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. onko oireistanne haittaa joka päivä | Ei | Joskus | Hyvin usein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. onko virtsankarkailu kestänyt yli 3kk | Ei | | On | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Potilaan suostumus ja allekirjoitus Ilman allekirjoitusta hakemusta ei käsitellä Hakemus palautetaan PETU/HTJ Maantiekatu 31, 28120 Pori | <p>Suostun, että hoitotarvikehakemustani käsiteltäessä perusturvan hoitaja/terveydenhoitaja tai lääkäri voivat tutustua asiaan liittyviin sairauskertomustietoihini.</p> <p><input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu. Tässä tapauksessa liitän mukaan hakemusta tukevat asiakirjat/tutkimukset.</p> <p>Päiväys ja asiakkaan (tai hänen edunvalvojansa) allekirjoitus ja nimeselvennys</p> <p>____/____/20____</p> <p>Päiväys Allekirjoitus Nimeselvennys</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Päätöksen toimitusosoite, mikä muu kuin asiakkaan (päätos toimitetaan postitse) | Nimi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Osoite: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Postinumero ja postitoimipaikka: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Puhelinnumero: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Päätös | <p>Päätöksen tekijä täyttää</p> <p><input type="checkbox"/> Hyväksytään tietyin perustein: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hylätään: _____</p> <p>Määräaika hyväksynnälle</p> <p><input type="checkbox"/> Toistaiseksi <input type="checkbox"/> Määräaikaisesti ___/___20__ saakka, jos vaiva jatkuu, voi tehdä uuden hakemuksen</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |