



Data wypełnienia:

.....

**Mój**

**Paszport**

**Zdrowotny**

Zdjęcie

**Przeczytaj tę ocenę, aby mnie poznać. Zawiera ważne informacje na mój temat.**



Mam na imię

Wolę, jak się do mnie mówi

Moja data ur. i nr NHS

**Ten paszport zdrowotny należy do mnie. Zwróć go, gdy zostanę wypisany.**

**W PRZYPADKU PRZYJĘCIA DO SZPITALA:** Proszę przechowywać kopię mojego paszportu zdrowia razem z dokumentacją pielęgniarską przy moim łóżku. Proszę również poinformować pielęgniarki/pielęgniarzy wspierające pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną (Learning Disability Hospital Liaison Nurses) o mojej obecności i odnotować datę w mojej dokumentacji. **Wyrażam zgodę na pozyskiwanie informacji na mój temat od innych placówek / pracowników służby zdrowia i/lub udostępnianie im tych informacji.** Tak ☐ Nie ☐



Preferowana przeze mnie **metoda komunikacji**, która pomaga mi zrozumieć:

✓ **Zaznacz odpowiednie pola**

☐

Mowa

☐

Język migowy

☐

Obrazki

☐

Używanie przedmiotów

☐

Informowanie innych

☐

Obrazki

Uproszczony tekst

Inne metody komunikacji, które są dla mnie pomocne:

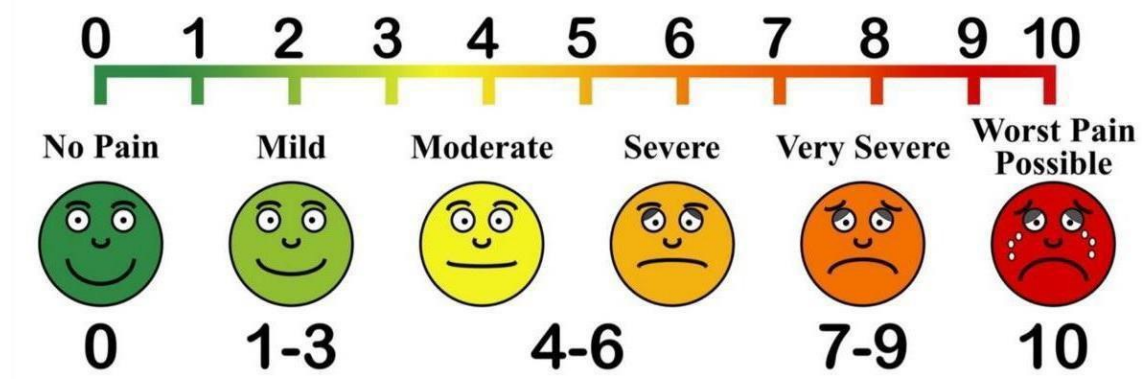


W przypadku przyjęcia do szpitala wymagam następujących **racjonalnych usprawnień**. 

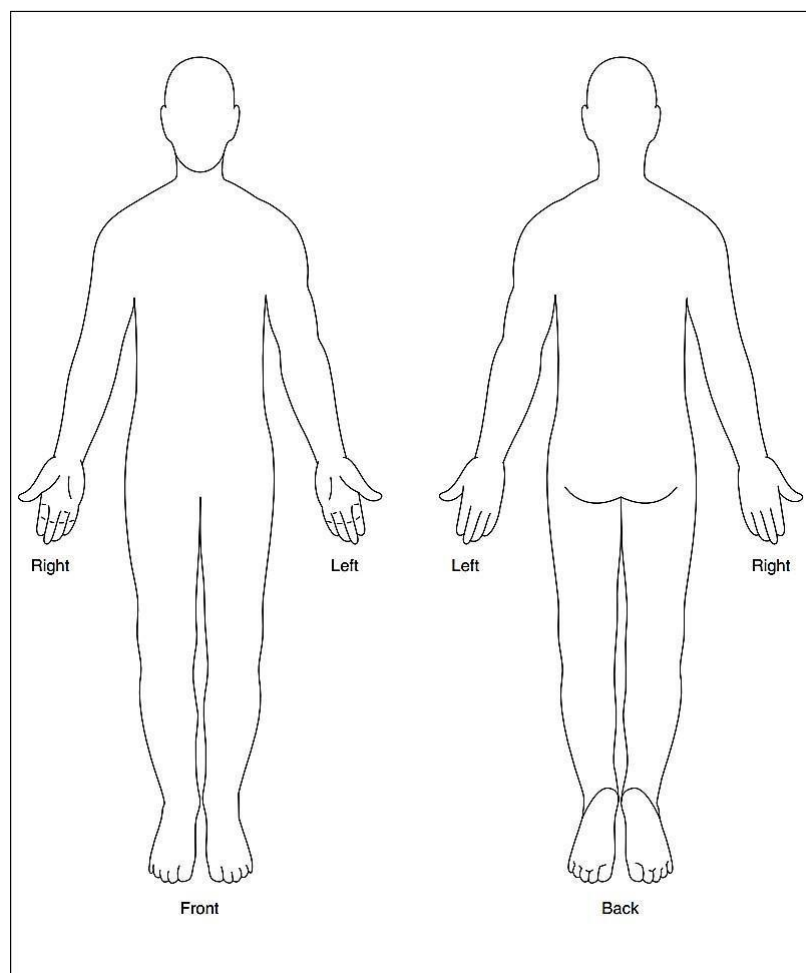
## Ocena początkowa – moje typowe parametry życiowe

|                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Data wypełnienia i imię i nazwisko pracownika</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Ciepłota ciała:</p> <p>Na siedząco.....Na stojąco .....</p> <p>Poziom tlenu we krwi (saturacja) .....</p> <p>Temperatura .....</p> <p>Częstość oddechów .....</p> <p>Waga .....</p> <p>Wzrost .....</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ta część przeznaczona jest wyłącznie do użytku personelu klinicznego. Nie musisz tego wypełniać – przejdź do strony 3.



Dodatkowe narzędzie oceny dla personelu klinicznego, jeśli pacjent jest hospitalizowany i nie jest w stanie zakomunikować bólu.



## Jak mi pomóc, gdy odczuwam niepokój



Skąd wiedzieć, że odczuwam ból (np. słownie, wyraz twarzy, obrazki, wydawane dźwięki)



Skąd wiedzieć, że źle się czuję (np. przestaję pić, wołam, wyciszam się)



Jak pobierać mi krew, robić zastrzyki, mierzyć ciśnienie itp.



Krótką historię choroby (zob. również strona 6)



Jak przyjmuję leki



✓ Zaznacz odpowiednie pola

☐  
☐  
☐

z wodą  
w płynie  
przez PEG

☐  
☐  
☐

rozkruszona tabletką  
kasetka na leki  
inne

☐  
☐

zastrzyk  
blister

## Co musisz o mnie wiedzieć

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <input type="checkbox"/> Mieszkam z rodziną i przyjaciółmi<br><br><input type="checkbox"/> We własnym domu lub mieszkaniu<br><br><input type="checkbox"/> W mieszkaniu ze wsparciem | <input type="checkbox"/> Mieszkanie socjalne<br><br><input type="checkbox"/> Dom opieki<br><br><input type="checkbox"/> Dom pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> Opieka indywidualna na godziny, całodobowo<br><br><input type="checkbox"/> Opieka grupowa na godziny, całodobowo<br><br><input type="checkbox"/> Inne |
|    | Imię i nazwisko mojego opiekuna                                                                                                                                                     |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                |
|   | Pokrewieństwo                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                |
|  | Jego/Jej numer telefonu                                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                |

## Najbliższy krewny (najbliższa żyjąca osoba z rodziny)

|                                                                                     |                                                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
|  | Imię i nazwisko                                |  |
|  | Pokrewieństwo (np. mama lub najbliższy krewny) |  |
|  | Jego/Jej adres                                 |  |
|  | Jego/Jej numer telefonu                        |  |

## Osoba do kontaktu w nagłych wypadkach

|                                                                                   |                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--|
|  | Imię i nazwisko          |  |
|  | Pokrewieństwo (np. tata) |  |
|  | Jego/Jej adres           |  |
|  | Jego/Jej numer telefonu  |  |

## Dane kontaktowe mojego lekarza rodzinnego

|                                                                                     |                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|
|  | Imię i nazwisko lekarza rodzinnego |  |
|  | Przychodnia lekarska               |  |
|  | Numer telefonu lekarza rodzinnego  |  |

## Moje dane kontaktowe

|                                                                                     |                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
|  | Mój adres          |  |
|  | Mój numer telefonu |  |
|  | Mój adres e-mail   |  |

## Co musisz o mnie wiedzieć

|                                                                                     |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>Mam epilepsję (padaczkę)</p>                                                                                           | <p>Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <p><input type="checkbox"/> napady padaczkowe i/lub<br/><input type="checkbox"/> niepadaczkowe</p> |
|    | <p>Mam alergie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jakież?</li> <li>• Jak wygląda reakcja alergiczna?</li> </ul> | <p>Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                    |
|    | <p>Mam problemy z sercem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jakież?</li> </ul>                                  | <p>Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                    |
|  | <p>Posiadane urządzenia medyczne</p>                                                                                      | <p>Stymulator nerwu błędnego (VNS)<br/>                                                  Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/><br/>         Zastawka:                    Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/><br/>         Rozrusznik:                Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/><br/>         Pompa baklofenowa: Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/></p> |  |                                                                                                    |
|  | <p>Mam problemy z oddychaniem (np. z układem oddechowym)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jakież?</li> </ul>  | <p>Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                    |
|  | <p>Mam cukrzycę</p>                                                                                                       | <p>Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <p><input type="checkbox"/> Typu 1<br/><input type="checkbox"/> Typu 2</p>                         |
|  | <p>Mam sondę żywieniową</p>                                                                                               | <p>Tak ✓ <input type="checkbox"/>    Nie ✗ <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                    |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                     |                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Mam wdrożone zalecenia dotyczące jedzenia i picia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stopień rozdrobnienia pokarmu?</li> <li>• Stopień zagęszczenia płynów?</li> </ul> | <p>Tak ✓ <input type="checkbox"/>      Nie ✗ <input type="checkbox"/></p> |
|  | <p>Czy posiadasz plan opieki u schyłku życia?</p>                                                                                                                                   | <p>Tak ✓ <input type="checkbox"/>      Nie ✗ <input type="checkbox"/></p> |

## Inne placówki lub specjaliści zaangażowani w moją opiekę (lub wskazany przedstawiciel)

|                                                                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <div data-bbox="155 1044 331 1187"></div> <p>Podaj imię i nazwisko, stanowisko i dane kontaktowe ☎ każdej placówki, specjalisty lub wskazanego przedstawiciela</p> <div data-bbox="155 1618 315 1761"></div> | 1. |
|                                                                                                                                                                                                              | 2. |
|                                                                                                                                                                                                              | 3. |
|                                                                                                                                                                                                              | 4. |
|                                                                                                                                                                                                              | 5. |

## Codienne czynności

|                                                                                             |                                                                                                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|            | <b>Bezpieczeństwo</b> , np. barierki przy łóżku, zachowanie, obsługa sprzętu, ucieczki.                                                                            |  |
|            | <b>Poziom wsparcia</b><br>np. jaki poziom wsparcia otrzymujesz w domu.                                                                                             |  |
|            | <b>Wsparcie, którego potrzebuję przy higienie i ubieraniu się</b> , np. mycie, specjalne potrzeby.                                                                 |  |
|            | Problemy <b>ze wzrokiem i słuchem</b><br>np. okulary, aparat słuchowy.                                                                                             |  |
| <br>Drink | <b>Wsparcie, którego potrzebuję przy piciu</b><br>np. zwykły kubek lub specjalistyczny sprzęt, małe ilości, wymagana pomoc, zagęszczane płyny.                     |  |
| <br>Eat  | <b>Wsparcie, którego potrzebuję przy jedzeniu</b><br>np. pokrojone jedzenie, wymagana pomoc, specjalistyczny <b>sprzęt</b> , <b>jedzenie w formie przecierów</b> . |  |
|          | <b>Korzystanie z toalety</b> , np. pomoc w dotarciu do toalety, środki pomocnicze przy nietrzymaniu moczu/stolca – rozmiar wkładu/pieluchomajtek.                  |  |
|          | <b>Pomoc w poruszaniu się</b> , np. pomoce do chodzenia, przemieszczanie podnośnikiem, wózek inwalidzki.                                                           |  |
|          | <b>Sen</b> , np. pozycja w łóżku, wzorzec snu, porządek dnia przed zaśnięciem, wymagany sprzęt.                                                                    |  |
|          | Ważne codzienne zwyczaje.                                                                                                                                          |  |
|          | Potrzeby religijne, kulturowe lub duchowe.                                                                                                                         |  |

## Zdolność do wyrażania zgody (na mocy brytyjskiej ustawy Mental Capacity Act 2005) – Dla osób od 16. roku życia



Jeśli u pacjenta stwierdzono brak zdolności do podejmowania decyzji i potrzebę korzystania z przedstawiciela, należy postępować zgodnie z lokalnymi zasadami dotyczącymi zdolności do czynności prawnych i kodeksem postępowania w tym zakresie. Jeśli zostanie stwierdzone, że nie mam zdolności do wyrażenia zgody na leczenie, w podejmowaniu wszelkich decyzji w moim najlepszym interesie muszą uczestniczyć następujące osoby.

| Imię i nazwisko | Pokrewieństwo | Dane kontaktowe |
|-----------------|---------------|-----------------|
|                 |               |                 |
|                 |               |                 |

**Czy ustanowiono dla Ciebie pełnomocnika (Lasting Power of Attorney) lub kuratora/opiekuna prawnego (Deputyship)?**

Tak ✓ ☐

Nie ✗ ☐



Jest to dokument prawny, który pozwala wyznaczyć osobę pomagającą w podejmowaniu decyzji.

Imię i nazwisko, relacje i dane kontaktowe

|  |
|--|
|  |
|--|

**Lista obecnie przyjmowanych przeze mnie leków**



Dołącz kopię aktualnej listy przepisanych leków.

np. karta zleceń lekarskich (MAR) lub lista leków z powtarzanych recept od lekarza POZ

## Co lubię, a czego nie lubię – co może pomóc w warunkach szpitalnych



**Rzeczy, które lubię,  
które sprawiają, że  
czuję się szczęśliwy/a,  
bezpieczny/a i  
zrelaksowany/a**  
np. rzeczy, które lubię robić  
- oglądanie telewizji,  
czytanie, muzyka, zajęcia  
rekreacyjne.



**Rzeczy, których nie lubię,  
które  
sprawiają, że jestem  
smutny/a**  
np. rzeczy, które mnie  
denerwują / smucą  
- krzyk, fizyczny  
dotyk, unieruchomienie /  
przymus bezpośredni.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



**Jedzenie i  
napoje,  
które  
lubię**



**Jedzenie i  
napoje,  
których nie  
lubię**



|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



## Kiedy czuję się najlepiej

Tak wyglądam / zachowuję się w dobry dzień

np. mowa ciała, sygnały wokalne, kontakt wzrokowy, wygląd skóry

Gdy dobrze się czuję w domu, jestem:



### Mam trudności z

☐

pisaniem

☐

dbaniem o siebie

☐

poruszaniem się  
zachowania

☐

kontrolowaniem swojego



## Dodatkowe informacje

Racjonalne usprawnienia lub specjalne / sensoryczne potrzeby

Formularz ReSPECT to krótki plan postępowania w przypadku, gdy potrzebujesz opieki zdrowotnej lub leczenia w nagłej sytuacji.

Ustalenie tego, co jest dla Ciebie najważniejsze, pomaga stworzyć lepszy plan.

Czy masz formularz ReSPECT?

☐ Tak

☐

Nie



Przewodniki ReSPECT w formacie tekstu łatwego do czytania (Easy Read):

<https://www.resus.org.uk/respect/respect-resources>



Filmy na temat ReSPECT:

[www.resus.org.uk/respect/respect-patients-and-carers](http://www.resus.org.uk/respect/respect-patients-and-carers)



## Materiały

- Aby pobrać egzemplarz szpitalnej książki komunikacyjnej (The Hospital Communication Book), odwiedź stronę [www.ghc.nhs.uk](http://www.ghc.nhs.uk) i wyszukaj „Hospital Communication Book”.
- Na następujących stronach znajduje się wiele uproszczonych tekstów na temat zdrowia: [www.easyhealth.org.uk](http://www.easyhealth.org.uk) oraz [www.apictureofhealth.southwest.nhs.uk](http://www.apictureofhealth.southwest.nhs.uk)

Opracowane w 2020 r. przez Learning Disability Health Facilitation Team 2020 po konsultacjach z partnerami ds. niepełnosprawności intelektualnej z Gloucestershire Hospital NHS Foundation Trust, All Disability Provider Forum oraz na podstawie ankiety przeprowadzonej w hrabstwie. Aktualizacja na podstawie oryginalnych treści dawnego Gloucestershire Partnership NHS Trust. Obrazy dzięki uprzejmości Photosymbols.

**Wersja: 4**

**Data przeglądu: Wrzesień 2027**