



Załącznik nr 8
do Regulaminu Centrum Zdrowia Psychicznego
Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ

PLAN TERAPEUTYCZNY - ZLŚ	Data:
---------------------------------	-------

Imię i nazwisko pacjenta:.....PESEL.....

Plan Terapeutyczny pracy z pacjentem Zespołu Leczenia Środowiskowego*

1. Systematyczne monitorowanie stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjenta w jego środowisku.

2. Systematyczna opieka lekarska, pielęgnarska, psychologiczna, terapeutyczna obejmująca:

- 1) Wsparcie pacjenta i jego rodziny w sytuacjach stresowych, związanych z ryzykiem nawrotu objawów chorobowych
- 2) Systematyczne monitorowanie leczenia farmakologicznego
- 3) Prowadzenie treningu farmakologicznego
- 4) Motywowanie do współpracy w leczeniu
- 5) Edukacja na temat zdrowego stylu życia
- 6) Prowadzenie treningu higienicznego
- 7) Prowadzenie treningu budżetowego
- 8) Wspieranie w zakresie funkcjonowania społecznego
- 9) Systematyczna współpraca z ośrodkami wsparcia tyłu: MOPS.....
.....

10) Współpraca z pielęgniarkami POZ

3. Wizyty kontrolne i terapeutyczne w siedzibie ZLŚ

Plan Działań Terapeutycznych
Stacjonarny/ Zespołu Leczenia Środowiskowego*

1. Systematyczne monitorowanie stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjenta w jego środowisku.

TAK

NIE

2. Systematyczna opieka lekarska, pielęgnarska, psychologiczna, terapeutyczna obejmująca:

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji



2) Systematyczne monitorowanie leczenia farmakologicznego

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

3) Prowadzenie treningu farmakologicznego

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

4) Motywowanie do współpracy w leczeniu/ działanie na rzecz poprawy stanu psychicznego

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)



5) Edukacja na temat zdrowego stylu życia/ psychoedukacja/psychodietetyk

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

6) Prowadzenie treningu higienicznego

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

7) Prowadzenie treningu budżetowego/pracownik socjalny

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

8) Wspieranie w zakresie funkcjonowania społecznego/aktywizacja zawodowa/wsparcie prawne

TAK



L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE
CZĘŚCIOWO (.....)

***właściwe zakreśl**

PLAN TERAPEUTYCZNY -EWALUACJA-	Data:
---	-------

Zrealizowano:

1. Systematyczne monitorowanie stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjenta w jego środowisku.

TAK

NIE

2. Systematyczna opieka lekarska, pielęgnarska, psychologiczna, terapeutyczna obejmująca:

1)

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

2) Systematyczne monitorowanie leczenia farmakologicznego

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji



--	--	--	--	--

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

3) Prowadzenie treningu farmakologicznego

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

4) Motywowanie do współpracy w leczeniu/ działanie na rzecz poprawy stanu psychicznego

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

5) Edukacja na temat zdrowego stylu życia/ psychoedukacja/psychodietetyk

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji



NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

6) Prowadzenie treningu higienicznego

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

7) Prowadzenie treningu budżetowego/pracownik socjalny

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

8) Wspieranie w zakresie funkcjonowania społecznego/aktywizacja zawodowa/wsparcie prawne

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji



NIE
CZĘŚCIOWO (.....)

PLAN TERAPEUTYCZNY – ZLŚ PACJENCI OBJĘCI WSPARCIEM PIELĘGNIARSKIM/ŚRODOWISKOWYM	
--	--

1) Systematyczna współpraca z ośrodkami wsparcia typu: MOPS.....

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji

NIE
CZĘŚCIOWO (.....)

2) Współpraca z pielęgniarkami POZ

TAK

L.p.	Cel działania	Zadania terapeutyczne/podjęte działania	Jednostka odpowiedzialna/osoba odpowiedzialna	Czas realizacji



--	--	--	--	--

NIE

CZĘŚCIOWO (.....)

3. Wizyty kontrolne i terapeutyczne w siedzibie ZLŚ.

TAK

NIE