



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OŚWIADCZENIE KANDYDATA

do celów rekrutacji i uczestnictwa w kursie kwalifikacyjnym opiekuna medycznego w zakresie kwalifikacji MED.14 realizowanym w ramach projektu pn.: „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że spełniam wymogi art. 23.2. ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, tj. posiadam staż pracy w zawodzie opiekuna medycznego, gdyż zakres wykonywanych przeze mnie obowiązków w ramach zatrudnienia na stanowisku...../wskazać zgodnie z nazwą wykazywaną w dokumencie potwierdzającym zatrudnienie/ obejmuje czynności wskazane w **Szczegółowym wykazie czynności zawodowych opiekuna medycznego** określonych w części A załącznika Nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne – jak wskazano poniżej.

Przy każdej czynności proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

☐ TAK – wykonywane obowiązki obejmowały te czynności

☐ NIE – wykonywane obowiązki nie obejmowały tych czynności

SZCZEGÓŁOWY WYKAZ CZYNNOŚCI

1. Identyfikowanie problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku:

1.1. Wykorzystywanie wyników badań i pomiarów do identyfikowania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;

☐ TAK ☐ NIE

1.2. Prowadzenie rozmów z pacjentem;

☐ TAK ☐ NIE



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



1.3. Przeprowadzanie wywiadu z rodziną lub opiekunem pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

1.4. Współpraca z pielęgniarkami, położnymi, lekarzami oraz innym personelem zatrudnionym w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej podczas rozpoznawania problemów funkcjonalnych oraz biologicznych i psychospołecznych potrzeb pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

1.5. Współpraca z rodziną lub opiekunem pacjenta podczas identyfikowania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

1.6. Wykonywanie pomiarów antropometrycznych, pomiarów tętna, ciśnienia tętniczego

krwi, oddechu, saturacji krwi, temperatury ciała za pomocą aparatury i sprzętu medycznego i obliczanie wskaźnika Masy Ciała – Body Mass Index (BMI) oraz przekazywanie informacji o wynikach pomiarów lekarzowi, pielęgniarce lub położnej;

☐ TAK ☐ NIE

2. Świadczenie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych pacjentowi w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku:

2.1. Zachęcanie pacjenta do samoopieki, wskazywanie na jego zasoby biologiczne i psychiczne oraz znaczenie każdej aktywności w terapii i profilaktyce;

☐ TAK ☐ NIE

2.2. Planowanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych adekwatnie do rozpoznanych problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

2.3. Modyfikowanie działań w zależności od zmieniających się problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

2.4. Dobieranie sprzętu wspomagającego funkcjonowanie pacjenta i uzgadnianie zmian postępowania z pacjentem;

☐ TAK ☐ NIE

2.5. Organizowanie i wykonywanie czynności higienicznych i oraz wybranych czynności opieki pielęgnacyjnej:

- a) dobieranie wyrobów medycznych do wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych odpowiednich do stanu zdrowia i sprawności pacjenta;
- b) wykonywanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych pacjentowi;



- c) stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej;
- d) opracowywanie planu edukacji pacjenta, jego rodziny lub opiekuna w zakresie wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych;
- e) przeprowadzanie edukacji i współdziałanie z pacjentem, jego rodziną lub opiekunem w zakresie wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych, prowadzenia zdrowego stylu życia i profilaktyki skutków zaniedbań pielęgnacyjnych;

☐ TAK ☐ NIE

2.6. Identyfikowanie zaburzenia połykania u pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

2.7. Dobieranie, zakładanie i wymienianie produktów chłonnych;

☐ TAK ☐ NIE

2.8. Karmienie pacjenta drogą doustną lub pomaganie podczas karmienia;

☐ TAK ☐ NIE

2.9. Pomaganie pacjentowi w przyjmowaniu produktów leczniczych zleconych przez

lekarza, pielęgniarkę lub położną różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie przyjąć produktu leczniczego, również podawanie go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszania powłok skórnych;

☐ TAK ☐ NIE

2.10. Planowanie i wykonywanie czynności opiekuńczych z uwzględnieniem oceny stanu pacjenta;

☐ TAK ☐ NIE

2.11. Aktywizowanie i pomaganie pacjentowi w wykonywaniu czynności życia codziennego i utrzymaniu aktywności fizycznej;

☐ TAK ☐ NIE

2.12. Pomaganie pacjentowi w użytkowaniu zaleconego wyrobu medycznego;

☐ TAK ☐ NIE

2.13. Udzielanie wsparcia pacjentowi w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością oraz do pobytu w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej;

☐ TAK ☐ NIE

2.14. Udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego pacjentowi w sytuacjach trudnych;

☐ TAK ☐ NIE



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



3. Współpraca z pielęgniarkami, położnymi i lekarzami oraz innym personelem zatrudnionym w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej:

3.1. Obserwowanie i rejestrowanie rodzaju i objętości przyjmowanych posiłków oraz płynów u osób ze stwierdzonymi zaburzeniami odżywiania;

☐ TAK ☐ NIE

3.2. Karmienie pacjenta drogą dojelitową przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) (metodą porcji), lub pomaganie podczas karmienia na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej;

☐ TAK ☐ NIE

3.3. Utrzymywanie higieny i pielęgnowanie skóry wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii lub kolostomii;

☐ TAK ☐ NIE

3.4. Wymienianie cewnika zewnętrznego, worka stomijnego i worka na mocz;

☐ TAK ☐ NIE

3.5. Prowadzenie dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów;

☐ TAK ☐ NIE

3.6. Prowadzenie trzydniowego dzienniczka mikcji, schematu wydalania i monitorowanie mikcji oraz defekacji;

☐ TAK ☐ NIE

3.7. Wykonywanie i dokumentowanie badania glukometrem w celu oznaczenia stężenia glukozy we krwi pacjenta.

☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data:

Podpis kandydata:
