

# LISTA CODZIENNEJ OPIEKI

**ZADANIA**

|                                                    | RANO                     | POŁUDNIE                 | WIECZÓR                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Higiena i toaleta         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ubieranie się             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aktywność fizyczna        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Spacer / świeże powietrze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kontakty i rozmowa        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Inne zadania              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**LEKI**

|                                                 | RANO                     | POŁUDNIE                 | WIECZÓR                  |
|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leki poranne           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leki w południe        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leki wieczorne         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Inne leki / suplementy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**POSIŁKI I NAWODNIENIE**

|                                       | RANO                     | POŁUDNIE                 | WIECZÓR                  |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Śniadanie    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Obiad        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kolacja      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Woda / płyny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**AKTYWNOŚCI**

|                                                  | RANO                     | POŁUDNIE                 | WIECZÓR                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ćwiczenia umysłowe      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hobby / zainteresowania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Relaks / odpoczynek     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Inne aktywności         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**WAŻNE NOTATKI**

Wszystkie najważniejsze zadania, leki, posiłki  
i aktywności seniora w jednym miejscu

Prosty system dla rodzin i opiekunów



**WIĘCEJ PORZĄDKU**  
W codziennej opiece



**LEPSZA ORGANIZACJA**  
I mniej stresu



**SPOKÓJ I PEWNOŚĆ**  
Że nic nie zostanie pominięte

Gotowe do wydruku • Proste do wypełnienia • Czytelne dla każdego



# INFORMACJE O MATERIALE

---

© 2026 Lista codziennej opieki

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Ten materiał jest przeznaczony do użytku osobistego przez seniorów, członków rodzin, opiekunów oraz specjalistów wspierających osoby starsze.

Możesz drukować karty wielokrotnie na potrzeby jednej osoby, rodziny lub podopiecznego.

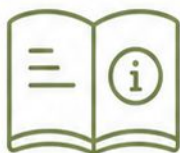
Zabronione jest odsprzedawanie, udostępnianie publiczne, kopiowanie w celach komercyjnych oraz rozpowszechnianie materiału bez zgody właściciela praw autorskich.

Lista pomaga organizować codzienną opiekę, ale nie zastępuje zaleceń lekarza, pielęgniarki, farmaceuty ani innego specjalisty.



W przypadku wątpliwości dotyczących leków, dawkowania, objawów lub stanu zdrowia należy skontaktować się z wykwalifikowanym pracownikiem ochrony zdrowia.

# SPIS TREŚCI



|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Wprowadzenie .....                | 01 |
| 01 — Informacje o materiale ..... | 01 |
| 02 — Spis treści .....            | 02 |
| 03 — Zanim zaczniesz .....        | 03 |



## MODUŁ 1 — JAK KORZYSTAĆ Z LISTY

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| 04 — Jak korzystać z listy .....              | 04 |
| 05 — Przygotowanie do codziennej opieki ..... | 05 |
| 06 — Jak wypełniać i oznaczać zadania .....   | 06 |



## MODUŁ 2 — GŁÓWNA LISTA CODZIENNEJ OPIEKI

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| 07 — Główna lista codziennej opieki .....     | 07 |
| 08 — Poranek i południe .....                 | 08 |
| 09 — Popołudnie i wieczór .....               | 09 |
| 10 — Cały dzień na jednej kartce .....        | 10 |
| 11 — Wersja uproszczona z dużym drukiem ..... | 11 |



## MODUŁ 3 — LISTY DO SZCZEGÓLNYCH SYTUACJI

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| 12 — Listy do szczególnych sytuacji ..... | 12 |
| 13 — Przekazanie opieki .....             | 13 |
| 14 — Leki i obserwowane objawy .....      | 14 |
| 15 — Posiłki i nawodnienie .....          | 15 |
| 16 — Higiena, ruch i bezpieczeństwo ..... | 16 |



## MODUŁ 4 — PLANOWANIE I OBSERWACJE

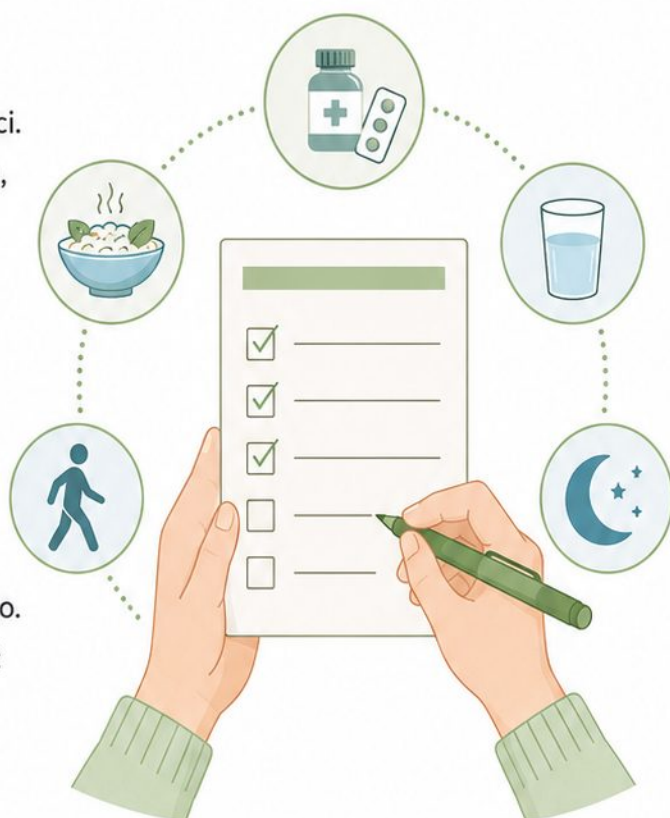
|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| 17 — Planowanie i obserwacje .....            | 17 |
| 18 — Tygodniowy plan opieki .....             | 18 |
| 19 — Notatki i przekazywanie informacji ..... | 19 |

# CODZIENNA OPIEKA MOŻE BYĆ PROSTSZA

Opieka nad bliską osobą składa się z wielu małych, ale ważnych czynności. Leki, posiłki, picie wody, higiena, ruch, odpoczynek i wizyty mogą łatwo pomieścić się w ciągu intensywnego dnia.

Ta lista została przygotowana po to, aby najważniejsze informacje były zawsze widoczne w jednym miejscu.

Nie musisz zapamiętywać wszystkiego. Wystarczy przygotować kartę, wpisać potrzebne zadania i zaznaczać je po wykonaniu.



- ✓ uporządkować plan dnia seniora;
- ✓ ograniczyć ryzyko pominięcia ważnej czynności;
- ✓ łatwiej przekazać opiekę innej osobie;
- ✓ zapisywać zmiany samopoczucia i ważne obserwacje;
- ✓ spokojniej zakończyć dzień, wiedząc, co zostało wykonane.



**Nie chodzi o idealny dzień.  
Chodzi o bezpieczną, spokojną  
i dobrze zorganizowaną opiekę.**

## MODUŁ 1

# JAK KORZYSTAĆ Z LISTY



Kilka prostych zasad, które ułatwią  
codzienną organizację opieki

Przygotuj kartę raz, a później korzystaj  
z niej krok po kroku przez cały dzień.



# PRZYGOTOWANIE DO CODZIENNEJ OPIEKI



## Zanim wypełnisz kartę, przygotuj:

- aktualną listę leków i zalecane godziny ich podawania;
- plan posiłków oraz informacje o diecie;
- zalecaną ilość płynów;
- zaplanowane wizyty, telefony i badania;
- aktywności odpowiednie do możliwości seniora;
- ważne zalecenia lekarza lub terapeuty;
- informacje, które trzeba przekazać kolejnemu opiekunowi.



## SPRAWDŹ PRZED ROZPOCZĘCIEM DNIA

☐

Leki zostały sprawdzone

☐

Posiłki są zaplanowane

☐

Woda jest przygotowana

☐

Wizyty są zapisane

☐

Telefon jest dostępny

☐

Potrzebne rzeczy są pod ręką

☐

Inni opiekunowie znają plan



**Wskazówka:** Wypełnij listę wieczorem poprzedniego dnia lub rano, zanim rozpoczną się pierwsze obowiązki.

# JAK WYPEŁNIAĆ I OZNACZAĆ ZADANIA

Używaj tych samych oznaczeń każdego dnia:



**✓ WYKONANO**

Zadanie zostało wykonane zgodnie z planem.



**○ DO WYKONANIA**

Zadanie nadal czeka na wykonanie.



**→ PRZENIESIONO**

Zadanie zostanie wykonane później.



**× NIE WYKONANO**

Zadanie nie zostało wykonane.  
Zapisz krótki powód.



**! WAŻNA UWAGA**

Pojawiła się zmiana, problem lub informacja, którą trzeba przekazać.

| Godzina | Zadanie       | Status | Notatka             |
|---------|---------------|--------|---------------------|
| 08:00   | Lek poranny   | ✓      | Podano po śniadaniu |
| 10:00   | Spacer        | →      | Pada deszcz         |
| 12:30   | Obiad         | ✓      | Zjedzono połowę     |
| 14:00   | Szklanka wody | ○      | —                   |



Zaznaczaj zadanie od razu po jego wykonaniu.  
Nie polegaj wyłącznie na pamięci.

## MODUŁ 2

# GŁÓWNA LISTA CODZIENNEJ OPIEKI

Najważniejsze zadania seniora  
uporządkowane według pory dnia



Wybierz wersję najlepiej dopasowaną  
do potrzeb seniora i organizacji opieki.

01



Poranek  
i południe



02



Popołudnie  
i wieczór



03



Cały dzień  
na jednej kartce



04



Wersja  
uproszczona



# LISTA CODZIENNEJ OPIEKI – PORANEK I POŁUDNIE

Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Opiekun: \_\_\_\_\_

Samopoczucie rano: ☐ bardzo dobre ☐ dobre ☐ przeciętne ☐ słabe



## PORANEK

| Godzina | Zadanie                     | Wykonano                 | Uwagi |
|---------|-----------------------------|--------------------------|-------|
| ___     | Pobudka i orientacja w dniu | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Toaleta poranna             | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Ubieranie                   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Śniadanie                   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Leki poranne                | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Szklanka wody               | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Pomiar zgodnie z zaleceniem | <input type="checkbox"/> | _____ |



## PRZED POŁUDNIEM

| Godzina | Zadanie                | Wykonano                 | Uwagi |
|---------|------------------------|--------------------------|-------|
| ___     | Ruch lub krótki spacer | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Ćwiczenie umysłowe     | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Przekąska              | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Napój                  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Odpoczynek             | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Inne: _____            | <input type="checkbox"/> | _____ |



## POŁUDNIE

| Godzina | Zadanie         | Wykonano                 | Uwagi |
|---------|-----------------|--------------------------|-------|
| ___     | Obiad           | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Leki w południe | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ___     | Napój           | <input type="checkbox"/> | _____ |

Ważna obserwacja:

---

---

---

# LISTA CODZIENNEJ OPIEKI – POPOŁUDNIE I WIECZÓR

 Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_

 Data: \_\_\_\_\_

 Opiekun: \_\_\_\_\_

 Samopoczucie po południu: ☐ bardzo dobre ☐ dobre ☐ przeciętne ☐ słabe



## POPOŁUDNIE

|                                                                                  | Godzina | Zadanie                | Wykonano                 | Uwagi |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------|--------------------------|-------|
|  | _____   | Odpoczynek po obiedzie | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Napój                  | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Aktywność lub hobby    | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Kontakt z bliskimi     | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Podwieczorek           | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Spacer lub ćwiczenia   | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Toaleta                | <input type="checkbox"/> | _____ |



## WIECZÓR

|                                                                                    | Godzina | Zadanie              | Wykonano                 | Uwagi |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|--------------------------|-------|
|   | _____   | Kolacja              | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Leki wieczorne       | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Napój                | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Higiena wieczorna    | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Przygotowanie ubrań  | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Przygotowanie do snu | <input type="checkbox"/> | _____ |
|  | _____   | Inne: _____          | <input type="checkbox"/> | _____ |



## PODSUMOWANIE DNIA



Łączna liczba wypitych szklanek: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 8+



Apetyt: ☐ dobry ☐ przeciętny ☐ słaby



Nastrój: ☐ spokojny ☐ pogodny ☐ obojętny ☐ smutny ☐ niespokojny



Czy pojawiło się coś ważnego? ☐ nie ☐ tak: \_\_\_\_\_



Informacja dla kolejnego opiekuna: \_\_\_\_\_

# LISTA CODZIENNEJ OPIEKI – CAŁY DZIEŃ NA JEDNEJ KARTCE

Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Opiekun: \_\_\_\_\_

Dzisiejsze samopoczucie: ☐ bardzo dobre ☐ dobre ☐ przeciętne ☐ słabe



## NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE NA DZIŚ

Wizyta lub ważne wydarzenie: \_\_\_\_\_

Najważniejsze zalecenie: \_\_\_\_\_

Osoba do kontaktu w razie potrzeby: \_\_\_\_\_



## PLAN DNIA

| Pora dnia                                                                                        | Zadanie                          | Godzina | Wykonano                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|--------------------------|
|  Rano            | Higiena poranna                  | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Śniadanie                        | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Leki                             | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Woda lub inny napój              | _____   | <input type="checkbox"/> |
|  Przed południem | Ruch lub spacer                  | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Aktywność umysłowa               | _____   | <input type="checkbox"/> |
|  Południe        | Obiad                            | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Leki                             | _____   | <input type="checkbox"/> |
|  Popołudnie    | Odpoczynek                       | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Przekąska i napój                | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Aktywność lub kontakt z bliskimi | _____   | <input type="checkbox"/> |
|  Wieczór       | Kolacja                          | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Leki                             | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Higiena wieczorna                | _____   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                  | Przygotowanie do snu             | _____   | <input type="checkbox"/> |



## DODATKOWE ZADANIA

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_



## PODSUMOWANIE



Wypite płyny: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+



Apetyt: ☐ dobry ☐ przeciętny ☐ słaby



Nastroj: ☐ spokojny ☐ pogodny ☐ smutny ☐ niespokojny



Ważna obserwacja: \_\_\_\_\_



Informacja dla kolejnego opiekuna: \_\_\_\_\_

# PROSTA LISTA DNIA – DUŻY DRUK

IMIĘ: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

DZISIAJ CZUJĘ SIĘ:

☐ DOBRZE

☐ ŚREDNIO

☐ SŁABO



**RANO**

- ☐ UMYCIE SIĘ
- ☐ UBRANIE SIĘ
- ☐ ŚNIADANIE
- ☐ LEKI
- ☐ SZKLANKA WODY



**W CIĄGU  
DNIA**

- ☐ OBIAD
- ☐ PICIE WODY
- ☐ KRÓTKI RUCH LUB SPACER
- ☐ ODPOCZYNEK
- ☐ ROZMOWA LUB AKTYWNOŚĆ



**WIECZOREM**

- ☐ KOLACJA
- ☐ LEKI
- ☐ HIGIENA WIECZORNA
- ☐ PRZYGOTOWANIE DO SNU

**CO JESZCZE TRZEBA ZROBIĆ?**

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

**WAŻNA INFORMACJA:**

## MODUŁ 3

# LISTY DO SZCZEGÓLNYCH SYTUACJI



Dodatkowe karty, które pomagają  
zadbać o bezpieczeństwo i dobrą komunikację

Nie każdy dzień wygląda tak samo. Te karty pomogą Ci  
uporządkować opiekę wtedy, gdy potrzebujesz  
więcej szczegółów.

01



Przekazanie  
opieki



02



Leki i objawy



03



Posiłki  
i nawodnienie



04



Higiena, ruch  
i bezpieczeństwo



# KARTA PRZEKAZANIA OPIEKI

Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Opiekę przekazuje: \_\_\_\_\_

Opiekę przejmuje: \_\_\_\_\_

Godzina przekazania: \_\_\_\_\_



## 1. CO ZOSTAŁO WYKONANE

- ☐ Leki zostały podane zgodnie z planem
- ☐ Posiłki zostały podane
- ☐ Senior pił płyny
- ☐ Higiena została wykonana
- ☐ Aktywność lub ruch zostały wykonane
- ☐ Zaplanowana wizyta lub telefon odbyły się



## 2. CO POZOSTAŁO DO ZROBIENIA

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_



## 3. LEKI

Ostatnio podany lek: \_\_\_\_\_

Godzina: \_\_\_\_\_

Następny lek: \_\_\_\_\_

Planowana godzina: \_\_\_\_\_



## 4. POSIŁKI I PŁYNY

Ostatni posiłek: \_\_\_\_\_

Godzina: \_\_\_\_\_

Ostatni napój: \_\_\_\_\_

Godzina: \_\_\_\_\_



## 5. SAMOPOCZUCIE I OBSERWACJE

Nastrój seniora: ☐ spokojny ☐ pogodny ☐ zmęczony ☐ smutny ☐ niespokojny

Czy pojawiły się niepokojące objawy?

- ☐ nie
- ☐ tak: \_\_\_\_\_

Najważniejsza informacja dla kolejnego opiekuna: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# LEKI I OBSERWOWANE OBJAWY



**Ważne:** Wpisuj wyłącznie leki i dawki zalecone przez lekarza lub innego uprawnionego specjalistę. Nie zmieniaj dawkowania na podstawie tej karty.

Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



## PLAN LEKÓW

| Nazwa leku | Dawka zgodnie z zaleceniem | Godzina | Podano                   | Uwagi |
|------------|----------------------------|---------|--------------------------|-------|
| _____      | _____                      | _____   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____      | _____                      | _____   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____      | _____                      | _____   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____      | _____                      | _____   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____      | _____                      | _____   | <input type="checkbox"/> | _____ |



## OBSERWOWANE OBJAWY

| Godzina | Co zaobserwowano? | Nasilenie                                                                                       | Co zrobiono? |
|---------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| _____   | _____             | <input type="checkbox"/> lekkie <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> silne | _____        |
| _____   | _____             | <input type="checkbox"/> lekkie <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> silne | _____        |
| _____   | _____             | <input type="checkbox"/> lekkie <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> silne | _____        |



## SZYBKĄ OBSERWACJĄ

- |                                        |                                       |                                          |
|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ból           | <input type="checkbox"/> brak apetytu | <input type="checkbox"/> duszność        |
| <input type="checkbox"/> zawroty głowy | <input type="checkbox"/> nudności     | <input type="checkbox"/> zmiana nastroju |
| <input type="checkbox"/> senność       | <input type="checkbox"/> osłabienie   | <input type="checkbox"/> inne: _____     |



## CZY TRZEBA PRZEKAZAĆ INFORMACJĘ?

- ☐ Nie   ☐ Tak, rodzinie   ☐ Tak, lekarzowi lub pielęgniarce   ☐ Tak, kolejnemu opiekunowi

Co należy przekazać: \_\_\_\_\_

# POSIŁKI I NAWODNIENIE

Aby łatwiej zauważyć zmiany apetytu i ilości wypijanych płynów, zapisuj najważniejsze informacje każdego dnia.

Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Czy obowiązuje specjalna dieta? ☐ nie ☐ tak: \_\_\_\_\_



## POSIŁKI

| Posiłek          | Godzina | Co podano? | Ile zjedzono?                                                                                                                |
|------------------|---------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Śniadanie        | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> wszystko <input type="checkbox"/> połowę <input type="checkbox"/> mało <input type="checkbox"/> nic |
| Drugie śniadanie | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> wszystko <input type="checkbox"/> połowę <input type="checkbox"/> mało <input type="checkbox"/> nic |
| Obiad            | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> wszystko <input type="checkbox"/> połowę <input type="checkbox"/> mało <input type="checkbox"/> nic |
| Podwieczorek     | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> wszystko <input type="checkbox"/> połowę <input type="checkbox"/> mało <input type="checkbox"/> nic |
| Kolacja          | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> wszystko <input type="checkbox"/> połowę <input type="checkbox"/> mało <input type="checkbox"/> nic |



## PŁYNY

Zaznacz każdą wypitą porcję:

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8+



Rodzaj płynu:

☐ woda

☐ herbata

☐ sok

☐ zupa

☐ inny: \_\_\_\_\_



## APETYT I TRUDNOŚCI

Apetyt dzisiaj był:

☐ dobry

☐ przeciętny

☐ słaby

Czy wystąpiły trudności?

☐ brak apetytu

☐ kaszel podczas jedzenia lub picia

☐ trudność z gryzieniem

☐ nudności

☐ trudność z połykaniem

☐ odmowa jedzenia

☐ inne: \_\_\_\_\_



## UWAGI

# HIGIENA, RUCH I BEZPIECZEŃSTWO

Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



## HIGIENA

| Czynność                    | Samodzielnie             | Z pomocą                 | Wykonano                 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mycie twarzy i rąk          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Higiena jamy ustnej         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kąpiel lub mycie ciała      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Czesanie                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ubieranie                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zmiana bielizny lub odzieży | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toaleta                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## RUCH I MOBILNOŚĆ

- ☐ Senior wstał z łóżka
- ☐ Zmienił pozycję ciała
- ☐ Wykonał proste ćwiczenia
- ☐ Spacerował po domu
- ☐ Wyszedł na krótki spacer
- ☐ Korzystał z laski, balkonika lub innej pomocy

Czy pojawiła się trudność? ☐ nie ☐ tak: \_\_\_\_\_



## BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Przejścia są wolne od przeszkód
- ☐ Podłoga jest sucha
- ☐ Potrzebne przedmioty są w zasięgu ręki
- ☐ Telefon lub przycisk alarmowy jest dostępny
- ☐ Odpowiednie obuwie zostało założone
- ☐ Oświetlenie jest wystarczające
- ☐ Drzwi i urządzenia zostały sprawdzone



## WAŻNA OBSERWACJA

- ☐ ból podczas ruchu
- ☐ utrata równowagi
- ☐ zawroty głowy
- ☐ duże zmęczenie
- ☐ niechęć do ruchu
- ☐ zaczerwienienie lub podrażnienie skóry
- ☐ inne: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## MODUŁ 4

# PLANOWANIE I OBSERWACJE

Spójrz na cały tydzień i zachowaj  
najważniejsze informacje w jednym miejscu

Dobra opieka to nie tylko wykonane zadania.  
To także zauważanie zmian, planowanie  
i przekazywanie ważnych informacji.



**01**

Tygodniowy  
plan opieki



**02**

Notatki i przekazywanie  
informacji

# TYGODNIOWY PLAN OPIEKI

Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_

Tydzień od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_



## PLAN TYGODNIA

| Dzień        | Najważniejsze zadania | Wizyta lub wydarzenie | Osoba odpowiedzialna |
|--------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Poniedziałek | _____                 | _____                 | _____                |
| Wtorek       | _____                 | _____                 | _____                |
| Środa        | _____                 | _____                 | _____                |
| Czwartek     | _____                 | _____                 | _____                |
| Piątek       | _____                 | _____                 | _____                |
| Sobota       | _____                 | _____                 | _____                |
| Niedziela    | _____                 | _____                 | _____                |



## STAŁE ZADANIA W TYM TYGODNIU

- ☐ Przygotowanie leków
- ☐ Zakupy spożywcze
- ☐ Pranie
- ☐ Zmiana pościeli
- ☐ Porządki
- ☐ Kontakt z lekarzem lub specjalistą
- ☐ Organizacja transportu
- ☐ Uzupełnienie środków higienicznych
- ☐ Inne: \_\_\_\_\_



## WAŻNE TERMINY

Data: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_

Wydarzenie: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_

Wydarzenie: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_

Wydarzenie: \_\_\_\_\_



## PODZIAŁ ODPOWIEDZIALNOŚCI

Osoba 1: \_\_\_\_\_ Zadanie: \_\_\_\_\_

Osoba 2: \_\_\_\_\_ Zadanie: \_\_\_\_\_

Osoba 3: \_\_\_\_\_ Zadanie: \_\_\_\_\_

# NOTATKI I WAŻNE INFORMACJE

Imię i nazwisko seniora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Notatkę sporządził(a): \_\_\_\_\_

## 1 CO WAŻNEGO WYDARZYŁO SIĘ DZISIAJ?

## 2 ZMIANY, KTÓRE ZAUWAŻONO

- |                                                          |                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zmiana apetytu                  | <input type="checkbox"/> trudność z poruszaniem się         |
| <input type="checkbox"/> zmiana ilości wypijanych płynów | <input type="checkbox"/> trudność z pamięcią lub orientacją |
| <input type="checkbox"/> zmiana snu                      | <input type="checkbox"/> nowy ból lub dyskomfort            |
| <input type="checkbox"/> zmiana nastroju                 | <input type="checkbox"/> inna zmiana: _____                 |
| <input type="checkbox"/> większe zmęczenie               |                                                             |

Opis:

## 3 PYTANIA DO LEKARZA, PIELĘGNIARKI LUB TERAPEUTY

## 4 INFORMACJA DLA RODZINY LUB KOLEJNEGO OPIEKUNA

## 5 CO TRZEBA SPRAWDZIĆ JUTRO?

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_



Dobra organizacja pomaga zmniejszyć stres, poprawia komunikację i daje większe poczucie bezpieczeństwa — zarówno seniorowi, jak i osobie, która się nim opiekuje.

