ZGŁOSZENIE ZGONU DO CENTRUM SPRAWIEDLIWOŚCI

Formularz JC-2 v 1

Wypełnione formularze można przesyłać faksem na numery 518-457-3503 lub 518-549-0465 (alternatywnie) lub pocztą na adres NYS Justice Center for the Protection of People with Special Needs, 401 State Street, Schenectady, NY 12305, USA.

Potwierdzenie zgłoszenia zdarzenia nr _____ przez Centrum Sprawiedliwości

Informacje w czerwonym polu są wymagane. Jeśli nie wiesz, wpisz „nieznany/a/e" Data sporządzenia zgłoszenia: _____

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Płeć: -- Rasa: -- Wzrost – stóp: _____ - cali: _____ Waga: _____ lbs.

SSN (numer ubezpieczenia społecznego): _____

Część 1: Dane zgłaszającej agencji/placówki/programu

Nazwa zgłaszającej agencji: _____

Adres: _____ Miejscowość: _____ Stan (skr.): _____ Kod pocztowy _____

Dyrektor zarządzający / Prezes: _____ Nr telefonu: _____

Nazwisko osoby sporządzającej zgłoszenie: _____ Nr telefonu: _____

Tytuł osoby sporządzającej zgłoszenie: _____

Nazwisko osoby kontaktowej dla tego zgłoszenia: _____ Nr telefonu: _____

Tytuł osoby kontaktowej: _____

Nazwa i adres konkretnego programu/placówki w Agencji, która obsługiwała Świadczeniobiorcę

_____

Data przystąpienia do programu: _____ Agencja/Program/Placówka obsługiwana/certyfikowana/licencjonowana przez: SOA: --

Część 2: Informacje o świadczeniobiorcy

Stosunek świadczeniobiorcy do Agencji/Placówki/Programu Rodzaj programu: _____

☐ Zamieszkały/a w obsługiwanej/certyfikowanej/licencjonowanej placówce; Rodzaj programu

☐ Pobierał/a wyłącznie świadczenia niemieszkalne

Czy osoba pobiera świadczenia z innego programu podlegającego jurysdykcji Stanu Nowy Jork? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, podaj nazwę i adres odpowiedzialnej (odpowiedzialnych) agencji:

_____

Rozpoznanie niepełnosprawności umysłowej (w tym rozpoznanie nadużywania substancji odurzających):

1. Tak ☐ Nie ☐ Kod ICD _____ Wpisz rozpoznanie lub n. dot. _____
2. Tak ☐ Nie ☐ Kod ICD _____ Wpisz rozpoznanie lub n. dot. _____
3. Tak ☐ Nie ☐ Kod ICD _____ Wpisz rozpoznanie lub n. dot. _____
4. Tak ☐ Nie ☐ Kod ICD _____ Wpisz rozpoznanie lub n. dot. _____

Jeśli braknie miejsca, przejdź na sam koniec formularza!

Data ostatniego pobytu w stacji pogotowia ratunkowego z powodów psychiatrycznych lub nadużywania substancji odurzających: Od: _____ do: _____

Data ostatniej hospitalizacji z powodów psychiatrycznych lub nadużywania substancji odurzających: Od: _____ do: _____

Część 2: Informacje o świadczeniobiorcy, ciąg dalszy

Choroba fizyczna/stan zdrowia rozpoznane przed śmiercią, Kod ICD, jeśli znany:

1. Tak ☐ Nie ☐ Kod ICD_____ Wpisz rozpoznanie lub n. dot.

2. Tak ☐ Nie ☐ Kod ICD_____ Wpisz rozpoznanie lub n. dot. _____

3. Tak ☐ Nie ☐ Kod ICD_____ Wpisz rozpoznanie lub n. dot. _____

4. Tak ☐ Nie ☐ Kod ICD_____ Wpisz rozpoznanie lub n. dot. _____

_____
Jeśli braknie miejsca, przejdź na sam koniec formularza!

Data ostatniego pobytu w stacji pogotowia ratunkowego z powodów fizjologicznych: Od:_____ do:_____

Data ostatniej hospitalizacji z powodów fizjologicznych: Od:_____ do: _____

Leki zażywane w chwili śmierci:

Nazwa leku	Dawka (w mg)	Częstotliwość	Sposób przyjmowania

Część 3: Informacje o zgonie

Data zgonu: _____ Stwierdzona godzina zgonu: _____: _____ ☐ AM ☐ PM

Miejsce śmierci osoby: Adres Rzeczywista godzina zgonu: _____:_____ ☐ AM ☐ PM

_____

Hrabstwo, w którym nastąpił zgon: --

Klasyfikacja lokalizacji: _____

Przyczyna śmierci: bezpośrednia przyczyna:

_____

Wskutek lub w następstwie: _____

Wskutek lub w następstwie: _____

Część 3: Informacje o zgonie, ciąg dalszy

Sposób, w jaki nastąpił zgon: _____

Czy dokonano sekcji zwłok: ☐ Brak danych ☐ NIE ☐ TAK Nr sprawy lekarza sądowego/koronera: _____

Źródłem przyczyny śmierci i sposobu, w jaki nastąpił zgon, jest:

Nazwisko i numer telefonu

W ciągu 24 godzin od śmierci był/a świadczeniobiorcą: b.d. Status DNR/DNI -- Podano leki stat/PRN z powodów behawioralnych lub psychiatrycznych

Część 4: Podsumowanie opisowe

Opisz stan psychiatryczny, behawioralny i medyczny świadczeniobiorcy na 90 dni przed śmiercią

Rutynowa kontrola lekarska Podstawowa wizyta lekarska: _____

Rutynowa wizyta specjalistyczna:

Kardiolog:	_____
Gastroenterolog	_____
Urolog	_____
Ginekolog	_____
Neurolog	_____
Ortopeda	_____
Pulmonolog	_____
inni (jacy?)	_____ _____

Form JC-2 v 1 *Justice Center Incident Report Confirmation #*_____

Część 4: Podsumowanie opisowe, ciąg dalszy

Nagły przypadek medyczny

- ☐ Duszenie się
- ☐ Upadek
- ☐ Atak
- ☐ Utrata wagi _____ lbs.
- ☐ Przybranie na wadze _____ lbs.
- ☐ Zmiana w funkcjonowaniu jelit
- ☐ Zmiana w funkcjonowaniu pęcherza moczowego
- ☐ Zmiana w sposobie poruszania się
- ☐ Zmiana w przyjmowaniu pokarmu
- ☐ Zmiana w przyjmowaniu leków
- ☐ Zmiana w przyjmowaniu płynów
- ☐ inne (jakie?)

Nagły przypadek psychiatryczny

- ☐ Zmiana stanu psychicznego
- ☐ Zmiana w planowaniu/nadzorze zachowania

Inne (jakie?) _____

Opisz zabezpieczenia i dietę, jeśli zostały zamówione, specjalnie dla świadczeniobiorcy:

Zabezpieczenia

_____

Inne (jakie?)

_____

Dieta zamówiona dla zmarłego

Żywność

- ☐ brak specjalnej diety
- ☐ pocięta do określonego
- ☐ rozmiaru posiekana
- ☐ zmielona
- ☐ w formie przecieru

Inne (jakie?): _____

Płyny

- ☐ brak zmienionej konsystencji
- ☐ o gęstości budyniu
- ☐ o gęstości miodu o
- ☐ gęstości nektaru
- ☐ zagęszczone
- ☐ rozcieńczone

Część 4: Podsumowanie opisowe, ciąg dalszy

Czy w chwili śmierci przestrzegano wszystkich elementów planu żywieniowego?? --

Wskaż znaczące zmiany okresie 90 dni przed śmiercią, które wpłynęły na świadczeniobiorcę

Proszę zaznaczyć odpowiednie kratki

* Zmiany świadczeniodawców

☐ miejsce zamieszkania ☐ program ☐ kierujący sprawą/MSC ☐ transport ☐ świadczeniodawca medyczny

* Zmiany w sposobie leczenia

☐ leki ☐ dieta ☐ nadzór ☐ plan zachowania ☐ plan leczenia

* Zmiany w poziomie funkcjonowania

☐ Pogorszenie stanu fizycznego

☐ Wymagana zwiększona pomoc w codziennych czynnościach

☐ Wymagany wyższy poziom opieki

☐ Pogorszenie stanu psychicznego

☐ Wymagał/a zwiększonego nadzoru

☐ umieszczony/a w hospicjum

☐ opieka typu „comfort care”

OPISZ OKOLICZNOŚCI PROWADZĄCE DO ŚMIERCI, W TYM – SAMEJ ŚMIERCI.

Wyczyść formularz

Wypełnione formularze można przesyłać faksem na numery 518-457-3503 lub 518-549-0465 (alternatywnie) lub pocztą do NYS Justice Center for the Protection of People with Special Needs, 401 State Street, Schenectady, NY 12305, USA.

Drukuj formularz