

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO ¹⁾ PIELEŃGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego

tożsamość

L.p.	Nazwa czynność ³⁾	Wartość punktowa ⁴⁾
1.	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie: 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji ⁵⁾	

Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ pielęgniarstwa długoterminowego domowego.

.....
.....
.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki opieki
długoterminowej domowej⁶⁾

-
- 1) Niepotrzebne skreślić
 - 2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel” Maryland state Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych
 - 3) W L.p. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
 - 4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
 - 5) należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10
 - 6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej