

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO
PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ¹⁾**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

| Lp. | Nazwa czynności ²⁾ | Wynik 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 samo 10- niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się | |
| 5. | Mycie i kąpiel całego ciała 0- zależny 10- 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 i rozbieranie się 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 lewatywy 5- czasami popuszcza (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe) 10- panuje, utrzymuje mocz | |
| | Wynik kwalifikacji⁵⁾ | |

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga ¹⁾ pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

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

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

.....
data pieczęć i podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej ⁶⁾

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. "Badanie fizykalne: wskaźnik Barthel". Meryland State Med Journal 1965; 14:56-61.

Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych

³⁾ W lp. 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.