

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJECIA/OBJĘTEGO¹⁾ PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy _____

Adres zamieszkania _____

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

| Lp. | Czynność ³⁾ | 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 sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się | |
| 5. | Mycie, 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 - spacer 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 lewatywy 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec | |
| 10. | Kontrolowanie moczu/ zwieracza pęcherza moczowego: 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz | |
| Wynik kwalifikacji⁵ | | |

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej

.....

.....

.....

.....

data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz jego podpis

.....

data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki
opieki długoterminowej domowej oraz jej podpis

1. Niepotrzebne skreślić

2. Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel.” Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie 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 zlp. 1-10

6. Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej