

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY
KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO¹⁾ PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ
DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku braku numer PESEL, numer dokumentu
stwierdzającego 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 - spacerzy 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 wykonać 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 kwalifikacji⁵⁾		

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

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

.....
data, pieczęć podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej⁶⁾

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

²⁾ Mahoney FL, 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 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

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