

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO<sup>1)</sup> PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

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

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

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

## 2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga<sup>1)</sup> pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

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

data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów