

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

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na 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.	Nazwa czynności ³⁾	Wynik ⁴⁾
1.	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 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 (jednej lub dwóch osób) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach higienicznych 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	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 - nie porusza się lub < 50m 5 - niezależny na wózku ; wliczając zakręty > 50m 10 - spacer z pomocą słowna lub fizyczną jednej osoby >50m 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, zawiązywaniu	

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 przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ⁵⁾		

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

.....
data, pieczęć i 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 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