

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO¹⁾ PIEŁĘGNIARSKĄ 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.	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.	Utrzymywanie 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- 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 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 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 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.