

**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA  
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ**

**1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel**

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

L/p	Nazwa czynności */	Wartość punktowa **/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 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 siadaniu 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = zależny 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 = zależny 5 = niezależny	
6.	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 0 = nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku 5 = do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby na odległość > 50 m 15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego, na odległość > powyżej 50 m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest samodzielny 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje częściowej pomocy 10 = niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 = sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 = kontroluje oddawanie moczu	
<b>Wynik kwalifikacji ***/</b>		

\*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić,

\*\*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,

\*\*\*/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

## 2. Pacjent wymaga<sup>1</sup>:

- kroplowe wlewy dożylnie wynikające ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywanie opatrunków (rany, odleżyny i owrzodzenia troficzne podudzi)
- karmienie przez zgłębnik
- karmienie przez przetokę
- pielęgnacja przetoki
- założenie i usunięcie cewnika (stałe zlecenie lekarskie)
- płukanie pęcherza moczowego
- pielęgnacja rurki tracheostomijnej

## 3. Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga /nie wymaga<sup>1</sup> pielęgniarstwa długoterminowego.

.....  
Data, podpis i pieczęć pielęgniarki opieki długoterminowej

---

<sup>1</sup> Właściwe zakreśl