

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ
DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania

Numer Pesel, a w przypadku braku numeru Pesel, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Lp.	Nazwa czynności (1)	Wartość punktowa (2)
1	<p>Spożywanie posiłków</p> <p>0=nie jest w stanie przeliżyć, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię</p> <p>5=potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym</p> <p>10=samodzielny</p>	
2	<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie</p> <p>0=nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu</p> <p>5=przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć</p> <p>10=potrzebuje pomocy słownej lub mniejszej pomocy fizycznej</p> <p>15= samodzielny</p>	
3	<p>Utrzymanie higieny osobistej</p> <p>0=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych</p> <p>5= niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu, także z zapewnionymi pomocami.</p>	
4	<p>Korzystanie z toalety (WC)</p> <p>0=nie korzysta w ogóle z toalety</p> <p>5=potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety</p> <p>10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby</p>	
5	<p>Mycie i kąpiel całego ciała</p> <p>0 = zależny</p> <p>5 = niezależny</p>	
6	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</p> <p>0=nie porusza się samodzielnie lub jest zależny na wózku</p> <p>5= porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub jest niezależny na wózku</p> <p>10= porusza się z pomocą jednej osoby na odległość powyżej 50 m</p> <p>15=niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego, na odległość powyżej 50m</p>	

7	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8	Ubieranie i rozbieranie się 0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł	
9	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji (3)		

2. (uchylony)

3. Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga ⁴⁾ pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

.....
.....

Data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

1) Należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

2) należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

3) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

4) Właściwe należy podkreślić