

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO

DO OBJĘCIA PIELEGNIARSKĄ 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.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = potrzebuje pomocy słownej lub mniejszej pomocy fizycznej 15 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu, także z zapewnionymi pomocami	

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

Wynik kwalifikacji ³⁾	
---	--

2. Świadczeniobiorca wymaga ⁴⁾:

- kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywania opatrunków
- karmienia przez zgłębnik
- karmienia przez przetokę
- pielęgnacji przetoki
- założenia i usunięcia cewnika (stałe zlecenie lekarskie)
- płukania pęcherza moczowego
- pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheostomijną

3. Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga⁴⁾ pielęgniarstwa 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