**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO**

**DO OBJĘCIA / OBJĘTEGO1) PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Bartel 2)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy ............................................................................................

Adres zamieszkania………………………......................................................................................

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość …………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czynność3)** | **Wynik4)** |
| **1.**  | **Spożywanie posiłków:**0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety10 - samodzielny, niezależny |  |
| **2.**  | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:**0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 - samodzielny |  |
| **3.**  | **Utrzymanie higieny osobistej:**0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| **4.**  | **Korzystanie z toalety (WC)** 0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobi sam10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| **5.**  | **Mycie, kąpiel całego ciała:**0 - zależny5 – niezależny lub pod prysznicem |  |
| **6.**  | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich:** 0 - nie porusza się lub < 50 m5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m10 – spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |  |
| **7.**  | **Wchodzenie i schodzenie po schodach** 0 – nie jest w stanie5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie10 - samodzielny |  |
| **8**.  | **Ubieranie i rozbieranie się**0 – zależny5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp. |  |
| **9**.  | **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu:**0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw5 – 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 nie samodzielny5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 – panuje, utrzymuje mocz |  |
| **Wynik kwalifikacji 5)** |  |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

data, podpis i pieczątka pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

**2. Wynik oceny stanu zdrowia**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga[[1]](#footnote-1)1 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

…...…………………………………………………………………………………………………………....................................

data, podpis i pieczątka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

1. 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 podkreśli jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

4/Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

5/ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów [↑](#footnote-ref-1)