

## WZÓR

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO  
OBJĘCIA/OBJĘTEGO<sup>1)</sup> PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

**1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>**

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 <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie samodzielnie jeść <b>5</b> - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety <b>10</b> - samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu <b>5</b> - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) <b>10</b> - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna <b>15</b> - samodzielny	
3	<b>Utrzymanie higieny osobistej:</b> <b>0</b> - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych <b>5</b> - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> <b>0</b> - zależny <b>5</b> - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam <b>10</b> - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> <b>0</b> - zależny <b>5</b> - niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> <b>0</b> - nie porusza się lub < 50 m <b>5</b> - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m <b>10</b> - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m <b>15</b> - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie <b>5</b> - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie <b>10</b> - samodzielny	

8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>		

**Wynik oceny stanu zdrowia pacjenta:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

.....  
.....  
.....

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....  
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> W lp. 1 - 10 należy wybrać i **podkreślić** jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną danej możliwości.

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 - 10.

<sup>6)</sup> Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.