

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO ⁽¹⁾
PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ⁽²⁾

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 ⁽³⁾	Wynik ⁽⁴⁾
1	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – 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 niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji ⁽⁵⁾	

.....

.....

.....

.....

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

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga ⁽¹⁾ pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

.....

.....

.....

.....

data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

- (1) Niepotrzebne skreślić.
- (2) Mahoney Fl. Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel" MarylandMed Journal 1965; 14; 56-61. Wykorzystanie za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych
- (3) W Ip. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
- (4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- (5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.