**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO1**

**PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel2

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

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………

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

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

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

# Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp.  | Czynność3  | Wynik4  |
| 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  | **Utrzymanie 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** - spacery 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 kwalifikacji5**  |   |

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga1pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

 **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**..............................................................................................................................................................................**

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

data, pieczęć, podpis lekarza data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowe