Załącznik nr 3 6)

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO[[1]](#endnote-1) PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[[2]](#endnote-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]](#endnote-3) | Wynik[[4]](#endnote-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 | **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 |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6) Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 toniesamodzielny**5** - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)**10** - panuje, utrzymuje mocz |  |
| **Wynik kwalifikacji[[5]](#endnote-5))** |  |
|  |

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga1 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

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

data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania

 lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz jego podpis zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo

 pielęgniarki opieki długoterminowej oraz jej podpis6)

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#endnote-ref-1)
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. [↑](#endnote-ref-2)
3. W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy. [↑](#endnote-ref-3)
4. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości. [↑](#endnote-ref-4)
5. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

6 Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej [↑](#endnote-ref-5)