

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO  
OBJĘCIA/OBJĘTEGO<sup>1)</sup> PIELĘGNIARSKĄ 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 stwierdzającego tożsamość

.....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Lp.	Czynność <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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	<b>Utrzymanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10- niezależny, zdejmowanie, zakładanie ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 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 >50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenia 10 - samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	

9.	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>		

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

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

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

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

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

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Mahoney FI Barthel D., Badania 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 podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp.1-10

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

Oznaczenie świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE  
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

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

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost ....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

.....  
 odleżyny  owrzodzenia troficzne  rany przewlekłe

2. Układ oddechowy .....

.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny<sup>1</sup>, ciśnienie krwi.....

tętno/min ....., .....

4. Układ pokarmowy.....

.....

gastrostomia  zgłębnik do żołądka  nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy .....

.....  
.....

nietrzymanie moczu  cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

.....

.....

leżący  chodzący  poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów: .....

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga opieki pielęgniarskiej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć, podpis lekarza, data)