

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' , 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)

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO
OBJĘCIA/OBJĘTEGO¹⁾ PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

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 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	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 i 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 >50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej ,fizycznej; przenoszenia 10 - samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy ,ale może wykonać 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 wymaga¹⁾ pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

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

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

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej ⁶⁾

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.