Załącznik nr 3

**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. | Czynność3) | Wynik4) |
| 1 | **Spożywanie posiłków:**0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety10 – samodzielny, niezależny |  |
| 2 | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:**0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 – samodzielny |  |
| 3 | **Utrzymanie higieny osobistej:**0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4 | **Korzystanie z toalety (WC):**0 – zależny5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5 | **Mycie, kąpiel całego ciała:**0 – zależny5 – niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6 | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich:**0 – nie porusza się5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m10 – spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |  |
| 7 | **Wchodzenie i schodzenie po schodach:**0 – nie jest w stanie5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie10 – samodzielny |  |
| 8 | **Ubieranie się i rozbieranie:**0 – zależny5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp. |  |
| 9 | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:**0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw5 – 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 niesamodzielny5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 – panuje, utrzymuje mocz |  |
|  | **Wynik kwalifikacji5)** |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

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

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

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

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia

 zdrowotnego albo pielęgniarki opieki

 długoterminowej domowej6)

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

1) Niepotrzebne skreślić

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.

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 opiekidługoterminowej domowej.