

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 trochę 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 = spaceruje 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 wymaga¹ pielęgniarstwa długoterminowego domowego

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

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego oraz jego podpis

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa
ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarstwa opieki długoterminowej
domowej oraz jej podpis⁶

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 do 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 pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej