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

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel2).**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego 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 diety 10 = 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 (jedna lub dwie osoby)10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 = 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 = 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 się lub <50 m5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty >50 m10 = spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |  |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach:**0 = nie jest stanie5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie10 = samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie i rozbieranie się:**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 (zdarzenie przypadkowe)10 = panuje, utrzymuje mocz  |  |
| **Wynik kwalifikacji5)** |  |

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

 data, podpis i pieczątka pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo

 pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

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

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

 data, podpis i pieczątka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

1. Niepotrzebne skreślić
2. Mahoney Fl, 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.

1. W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
2. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
3. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów