

Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia / objętego¹ pielęgniarstwą opieką długoterminową domową

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

Lp.	Czyność ³	Wynik ⁴
1	<p>Spożywanie posiłków:</p> <p>0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść</p> <p>5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety</p> <p>10 – samodzielny, niezależny</p>	
2	<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</p> <p>0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu</p> <p>5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)</p> <p>10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna</p> <p>15 – samodzielny</p>	
3	<p>Utrzymanie higieny osobistej:</p> <p>0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych</p> <p>5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</p>	
4	<p>Korzystanie z toalety (WC):</p> <p>0 – zależny</p> <p>5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam</p> <p>10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5	<p>Mycie i kąpiel całego ciała:</p> <p>0 – zależny</p> <p>5 – niezależny lub pod prysznicem</p>	

Lp.	Czyność ³	Wynik ⁴
6	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</p> <p>0 – nie porusza się lub < 50 m</p> <p>5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m</p> <p>10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m</p> <p>15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m</p>	
7	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach</p> <p>0 – nie jest w stanie</p> <p>5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie</p> <p>10 – samodzielny</p>	
8	<p>Ubieranie się i rozbieranie się:</p> <p>0 – zależny</p> <p>5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy</p> <p>10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.</p>	
9	<p>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu:</p> <p>0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw</p> <p>5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 – panuje, utrzymuje stolec</p>	
10	<p>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego:</p> <p>0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny</p> <p>5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 – panuje, utrzymuje mocz</p>	
	Wynik kwalifikacji ⁵	

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹ pielęgniarstwa długoterminowego domowego

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej⁶

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1956; 14:56-61. Wykorzystanie ze 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 pielęgniarstwa długoterminowego domowego.

Oznaczenie świadczeniodawcy

Skierowanie do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową

Imię i nazwisko 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 samopielegnacji:

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 pielęgniarstwa i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

Data, pieczęć, podpis lekarza