

Załącznik nr 3

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Lp. Nazwa czynności 1)

Wartość

punktowa

2)

1.

Spożywanie posiłków

0 = nie jest w stanie przeliżyć, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię
lub jejunostomię

5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym

10 = samodzielny, niezależny

2.

Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie

0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy
siadaniu oraz siedzeniu

5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może
siedzieć

10 = potrzebuje pomocy słownej lub mniejszej pomocy fizycznej

15 = samodzielny

3.

Utrzymanie higieny osobistej

0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych

5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu,
także z zapewnionymi pomocami

2

4.

Korzystanie z toalety (WC)

0 = nie korzysta w ogóle z toalety

5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety

10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu
części garderoby

5.

Mycie i kąpiel całego ciała

0 = zależny

5 = niezależny

6.

Poruszanie się po powierzchniach płaskich

0 = nie porusza się samodzielnie lub jest zależny na wózku

5 = porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub jest niezależny na wózku

10 = porusza się z pomocą jednej osoby na odległość powyżej 50 m

15 = niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego, na odległość powyżej 50 m

7.

Wchodzenie i schodzenie po schodach

0 = nie jest w stanie wchodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby

5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji

10 = samodzielny

8.

Ubieranie i rozbieranie się

0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby

5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby

10 = niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł

9.

Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu

0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania

5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec

10 = kontroluje oddawanie stolca

10.

Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego

0 = nie panuje nad oddawaniem moczu

5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz

10 = kontroluje oddawanie moczu

3

Wynik kwalifikacji ³⁾

2. Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga⁴⁾ pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

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

data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

1) 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

4) właściwe należy podkreślić