2015

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 22 listopada 2013r. poz. 1480

**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 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** | **Utrzymywanie 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 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** – spacery 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) 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 opieki

długoterminowej domowej.