

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO  
OBJĘCIA/OBJĘTEGO<sup>1)</sup> PIELEŃGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ  
DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>

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

<b>6</b>	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 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. Łaski > 50 m	
<b>7</b>	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
<b>8</b>	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
<b>9</b>	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
<b>10</b>	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>	

### Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej

.....

.....

.....

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....  
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo  
pielęgniarki opieki  
długoterminowej domowej<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

<sup>6)</sup> Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.