



Załącznik nr 1

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA OPIEKĄ DOMOWĄ

(Dla celów realizacji działania FESL.07.06-Ochrona zdrowia pn. „Zdrowiej w Domu- Rybnickie Centrum Opieki Domowej” Realizator: Centrum Medyczno-Opiekuńcze ”MIG-MED” Artur Pander, Monika Kubacka s.c., ul. Na Górze 8, 44-200 Rybnik)

Niniejszym kieruję:

.....
(Imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(Adres zamieszkania świadczeniobiorcy)

.....
(Nr telefonu do kontaktu)

.....
(Numer PESEL)

.....
Całościowe zaburzenia rozwojowe (rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)

.....
(Zalecenie w zakresie opieki pielęgniarstwa, edukacji, rehabilitacji lub inne uwagi)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie



**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 potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
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 > 50m	
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.	



Imię i nazwisko pacjenta		Nr PESEL
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 kwalifikacji 5)

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga 1) pielęgniarstwa 1) pielęgniarstwa 1) pielęgniarstwa
długoterminowej domowej.

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

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

.....
data, pieczęć i podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego

- 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.