

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY  
KIEROWANEGO DO OBJĘCIA /OBJĘTEGO<sup>1)</sup> PIELĘGNIARSKĄ 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 potwierdzającego tożsamość

.....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

| Lp. | Czynność <sup>3)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                    | Wynik <sup>4)</sup> |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1.  | <b>Spożywanie posiłków:</b><br>0-nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10-samodzielny, niezależny                                                                            |                     |
| 2.  | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b><br>0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br>5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)<br>10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br>15-samodzielny                        |                     |
| 3.  | <b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b><br>0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br>5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)                                                                                         |                     |
| 4.  | <b>Korzystanie z toalety (WC)</b><br>0-zależny<br>5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam<br>10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się                                                                                                  |                     |
| 5.  | <b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b><br>0-zależny<br>5-niezależny lub pod prysznicem                                                                                                                                                                                        |                     |
| 6.  | <b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b><br>0-nie porusza się lub < 50 m<br>5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m<br>10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m<br>15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m |                     |
| 7.  | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b><br>0-nie jest w stanie<br>5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie<br>10-samodzielny                                                                                                                              |                     |
| 8.  | <b>Ubieranie się i rozbieranie:</b><br>0-zależny<br>5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy<br>10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.                                                                                    |                     |

|     |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 9.  | <b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b><br>0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw<br>5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10-panuje, utrzymuje stolec                            |  |
| 10. | <b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b><br>0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny<br>5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10-panuje, utrzymuje mocz |  |
|     | <b>Wynik kwalifikacji <sup>5)</sup></b>                                                                                                                                                                              |  |

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

Data, podpis i pieczętka pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

## 2. Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

Data, podpis i pieczętka lekarza 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