

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko

PESEL

L.p.	Czynność */	**/wynik
1.	<p style="text-align: center;">Spożywanie posiłków:</p> <p>0-nie jest w stanie /samodzielnie jeść/ 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny</p>	
2.	<p style="text-align: center;">Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/:</p> <p>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</p>	
3.	<p style="text-align: center;">Utrzymywanie higieny osobistej:</p> <p>0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy. Czesaniu się, myciu zębów /z zapewnionymi pomocami/</p>	
4.	<p style="text-align: center;">Korzystanie z toalety /WC/:</p> <p>0-zależny 5-potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5.	<p style="text-align: center;">Mycie, kąpiel całego ciała:</p> <p>0-zależny 5-niezależny /lub pod prysznicem/</p>	
6.	<p style="text-align: center;">Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</p> <p>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</p>	
7.	<p style="text-align: center;">Wchodzenie i schodzenie po schodach:</p> <p>0-nie jest w stanie 5-potrzebuje pomocy /słownej, fizycznej; przenoszenie/ 10-samodzielny</p>	
8.	<p style="text-align: center;">Ubieranie się i rozbieranie:</p> <p>0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny /w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp./</p>	
9.	<p style="text-align: center;">Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</p> <p>0-nie panuje nad oddawaniem stolca/ lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec</p>	
10.	<p style="text-align: center;">Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</p> <p>0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10-panuje/ utrzymuje mocz</p>	
	Wynik kwalifikacji ***/	

Skala:

I. 86-100 pkt. - stan pacjenta "lekki"

II. 21-85 pkt. - stan pacjenta "średnio ciężki"

III. 0-20 pkt. - stan pacjenta "bardzo ciężki"

* w punktach od 1-10 należy wybrać jedną możliwość najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

**/ Wpisać wartość punktową przypisaną do wybranej możliwości

***/ W ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

2. Świadczeniobiorca wymaga ⁴⁾:

- kropelkowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywania opatrunków
- karmienia przez zgłębnik
- karmienia przez przetokę
- pielęgnacji przetoki
- założenia i usunięcia cewnika (stałe zlecenie lekarskie)
- płukania pęcherza moczowego
- pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheostomijną

3. Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga⁴⁾ pielęgniarstwa 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⁾ właściwie należy podkreślić