

**SKIEROWANIE  
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

tel kontaktowy.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

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

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost .....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

odleżyny  owrzodzenia troficzne  rany przewlekłe

2. Układ oddechowy .....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny', ciśnienie krwi.....  
tętno/min .....

4. Układ pokarmowy.....

gastrostomia  zgłębnik do żołądka  nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy .....

nietrzymanie moczu  cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

leżący  chodzący  poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów: .....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....  
.....

.....  
(pieczęć, podpis lekarza, data)

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

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

**Imię i nazwisko świadczeniobiorcy** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Numer PESEL, a w przypadku brak numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**  
.....

**Ocena świadczeniodawcy wg skali Barthel**

L. P.	Czynność <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 = nie jest samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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	<b>Utrzymanie higieny osobistej:</b> 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów ( z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC):</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie , zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0 = nie porusza się lub < 50 m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 = spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenia 10 = samodzielny	
8	<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 itd.	
9	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10	<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> pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

.....  
.....

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

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

- 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