

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

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 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.	Utrzymanie 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	

¹ Niepotrzebne skreślić

² Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”
Meryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie 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.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się na powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 – spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
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.	
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 kwalifikacji⁵

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym

.....
.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego⁶⁾

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego⁶⁾

⁵ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10

⁶Dotyczy oceny świadczeniobiorcy wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku- numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) Odżywianie

-samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastronomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zgłębnika
- inne niewymienione

b) higiena ciała

-samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie- toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

-samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

-samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

-samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione

f) rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/ nie/ z przerwami*

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**/**

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać „nie ma zastosowania”.

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZEGO ***

Niniejszym kieruję

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny, niż adres zamieszkania)

.....
Numer telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD- 10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji leczenia: (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

- do zakładu opiekuńczo- leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego *.

.....
Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

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

OŚWIADCZENIE

WYRAŻAM ZGODĘ NA PONOSZENIE OPŁATY ZA POBYT W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-
OPIEKUŃCZYM.

.....
PODPIS PACJENTA

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

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

OŚWIADCZENIE

WYRAŻAM ZGODĘ NA GROMADZENIE I PRZECHOWYWANIE DANYCH OSOBOWYCH W
TUTEJSZYM ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZYM.

.....
PODPIS PACJENTA

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

Sejny, dnia

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr świadczenia)

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE

W związku z tym, że od dnia przebywam w Zakładzie Pielęgnacyjno –Opiekuńczym w Sejnach proszę o przekazywanie mojego świadczenia na moje nazwisko na adres:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Rittlera 2
16-500 Sejny

.....
Podpis

Potwierdzam własnoręczność podpisu

Sejny , dnia