**Załącznik nr 2**

**Zgodny z ROZPORZĄDZENIEM** **MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 22 listopada 2013 r.

**w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej**

**………………………………………………………………………..**

Pieczątka ZOZ

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:.......................................................................................................................

Adres zamieszkania:..............................................................................................................................................

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego

tożsamość:..............................................................................................................................................................

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 > 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 toniesamodzielny | |
|  | 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) | |
|  | 10 - panuje, utrzymuje mocz | |
|  | **Wynik kwalifikacji**5) | |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga1) skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym1)

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

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………....................................................... | .……………………………………………………….……………….. |
| data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego | data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo |
| albo lekarza zakładu opiekuńczego6) | pielęgniarki zakładu opiekuńczego 6) |

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 w zakładzie opiekuńczym