

**SKIEROWANIE
DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania.....

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 - niewydolny¹, ciśnienie krwi.....

tętno/min

4. Układ pokarmowy.....

.....

• gastrostomia zgłębnik do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy

.....

nietrzymanie moczu nietrzymanie stolca cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

.....

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 1) PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ
DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel 2).

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

potwierdzającego tożsamość

Lp.	Czynności 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 zrobić to 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 = spacerzy 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 fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu 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= kontroluje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji 5).		

.....
.....
.....
data, podpis i pieczętka pielęgniarzki ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarzki
opieki długoterminowej

2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga 4). pielęgniarzkiej opieki długoterminowej
domowej.

.....
.....
.....
data, podpis i pieczętka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

1). niepotrzebne skreślić

2). Mahoney FL, Barthel D. „ Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.

Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być wykorzystywana 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