

Załącznik nr 5

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego w Rudziszkach
jednostki podległej Szpitalowi Psychiatrycznemu Samodzielnemu Publicznemu
Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie

1. Ocena pacjenta wg skali Barthel

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania.

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

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
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-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje pomocy 10-niezależny w dotarciu do WC, 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 zależny od wózka 5-do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny od wózka 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > 50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej i asekuracji 10-samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5-potrzuje częściowo pomocy 10-nie zależny także 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 kwalifikacji (suma punktów)		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga skierowania do ZOLP.

.....

.....
 Data, pieczęć i podpis lekarza

.....
 Data, pieczęć i podpis pielęgniarki

2. Informacje dodatkowe dla Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

L.P.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

L.P.	Nazwa poradni/zakładu opieki zdrowotnej udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (np. endoproteza, zaćma, itp.- zakwalifikowany w kolejkę/ w trakcie oczekiwania	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		

.....
 Pieczęć podmiotu leczniczego kierującego do ZOLP