



KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO

do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego dla Dorosłych
w Węgorzewie 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-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 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-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej i asekuracji 10-samodzielny | |
| 8 | Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5-potrzebuje 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 | | |
| 4 | | |

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego kierującego do ZOLP