

KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ W ZOL/ZPO**1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel**

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

L.p	Nazwa czynności */	Wartość punktowa **/
1.	Spożywanie posiłków 0=nie jest w stanie samodzielnie jeść 5=potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10=samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie) 0=nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5=większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć 10=mniej pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5=niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0=zależny 5=częściowo potrzebuje pomocy 10=niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0=zależny 5=niezależny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0=nie porusza się samodzielnie lub zależny od wózka 5=do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku 10=spacery z pomocą jednej osoby>50m 15=niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego >powyżej 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0=nie jest samodzielny 5=potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10=samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0=zależny 5=potrzebuje częściowej pomocy 10=niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu 0=nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność spowodowania wydalania 5=sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10=kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0=nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5=sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10=kontroluje oddawanie moczu	
Wyniki kwalifikacji ***/		

*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

**/wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

***/w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			

3. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1.		
2.		
3.		

.....
Data, podpis i pieczęć pielęgniarki