

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI 1. Dane świadczeniobiorcy

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

### 2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

#### a) odżywianie

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik .....
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem .....
- zakładanie zgłębnika .....
- inne niewymienione .....

#### b) higiena ciała

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej .....
- inne niewymienione .....

#### c) oddawanie moczu

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- cewnik .....
- inne niewymienione .....

#### d) oddawanie stolca

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- pielęgnacja stomii .....
- wykonywanie lewatyw i irygacji .....
- inne niewymienione .....

#### e) przemieszczanie pacjenta

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\*

- z zaawansowaną osteoporozą .....
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności .....
- inne niewymienione .....

#### f) rany przewlekłe

- odleżyny .....
- rany cukrzycowe .....
- inne niewymienione .....

#### g) oddychanie wspomagane .....

**h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami\*** .....

**i) inne** .....

**Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel\*\*/\*\*...**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

Niepotrzebne skreślić. \*\* W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. \*\*\* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że ..... (imię nazwisko świadczeniobiorcy) wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza \*

Niepotrzebne skreślić. \*\* W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. \*\*\* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU  
OPIEKUŃCZEGO

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

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

potwierdzającego tożsamość .....

**Lp. Nazwa czynności<sup>1)</sup>**

**Wartość punktowa<sup>2)</sup>**

**1.**

**Spożywanie posiłków**

0 = nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię  
lub jejunostomię

5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym

10 = samodzielny, niezależny

**2.**

**Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie**

0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy  
siadaniu oraz siedzeniu

5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może  
siedzieć

10 = samodzielny

2

**3.**

**Utrzymanie higieny osobistej**

0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych

5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych

10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami

**4.**

#### **Korzystanie z toalety (WC)**

0 = nie korzysta w ogóle z toalety

5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety

10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby

**5.**

#### **Mycie i kąpiel całego ciała**

0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika

5 = wymaga pomocy

10 = samodzielny

**6.**

#### **Poruszanie się po powierzchniach płaskich**

0 = w ogóle nie porusza się

5 = porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby

10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50 m, także z użyciem sprzętu wspomagającego

**7.**

#### **Wchodzenie i schodzenie po schodach**

0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby

5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji

3

10 = samodzielny

**8.**

#### **Ubieranie i rozbieranie się**

0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby

5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby

10 = samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł

## **9.**

### **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu**

0 = nie panuje nad oddawaniem stolca

5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec

10 = kontroluje oddawanie stolca

## **10.**

### **Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego**

0 = nie panuje nad oddawaniem moczu

5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz

10 = kontroluje oddawanie moczu

### **Wynik kwalifikacji<sup>3)</sup>**

.....  
.....

data, pieczęć, podpis lekarza i pielęgniarki

1) należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

2) należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

3) należy wpisać uzyskaną sumę punktów