

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

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

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

\*/ 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