Załącznik nr 7 do zarządzenia Nr 69/2014/DSOZ
Prezesa NFZ z dnia 6 listopada 2014 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy

SKIEROWANIE

DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

Nazwisko i imię pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....

.....

.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost ....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

.....

□ odleżyny □ owrzodzenia troficzne □ rany przewlekłe

2. Układ oddechowy .....

.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny' , ciśnienie krwi.....

tętno/min .....

4.Układ pokarmowy.....

.....

□ gastrostomia □ zgłębnik do żołądka □ nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy .....

.....

.....

□ nietrzymanie moczu □ cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

.....

.....

□ leżący □ chodzący □ poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów: .....

.....

8.Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

III. Stwierdzam, że osoba wyżej wymieniona wymaga opieki pielęgniarskiej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)

Załącznik nr 3 / ROZP. MZ z 22 listopada 2013r.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO[1)] PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[2)]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność[3)]	Wynik[4)]
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, ale może coś zrobić sam **10** – niezależny, 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 < 50 m **5** – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m **10** – spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m **15** – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	**Wchodzenie i schodzenie po schodach:** **0** – nie jest w stanie **5** – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie **10** – samodzielny	
8	**Ubieranie się i rozbieranie:** **0** – zależny **5** – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy **10** – niezależny 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[5)]	

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[1)] pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

.....

.....

.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej[6)]

1) Niepotrzebne skreślić.
2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel". Maryland State Med. Jurnal 1965; 14:56 – 61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
3) W lp. 1 – 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.
6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.