

## KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ZOL/ZPO

### 1. Ocena pacjenta wg zmodyfikowanej skali Bartel.

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

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

| Lp. | 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)