

**Informacje o stanie zdrowia osoby przed przyjęciem**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko pensjonariuszki

**CZĘŚĆ I.** (wypełnia lekarz)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **STAN ZDROWIA OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA** | **Uwagi** |
| 1. | Diagnoza lekarza |  |  |
| 2. | Leczenie szpitalne w ciągu ostatnich dwóch lat: kiedy, z jakiego powodu. |  |  |
| 3. | Zastosowane środki pomocnicze, pampersy,  e-karta NFZ |  |  |
| 4. | Czy występuje choroba psychiczna, zakaźna lub onkologiczna? |  |  |
| 5. | Przyjmowane leki |  |  |
| 6. | Inne zalecenia |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość i data podpis i pieczątka lekarza*

**CZĘŚĆ II** (wypełnia lekarz lub opiekun)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Skala Barthel[[1]](#footnote-1)** | **STAN PSYCHICZNO-FIZYCZNY**  **OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA** | | | **Uwagi** |
| **nie potrafi** | **potrafi**  **z pomocą** | **samodzielnie** |
| 1. | Spożywanie  Posiłków | 0 | 5 | 10 |  |
| 2. | Przechodzenie  z łóżka na wózek i odwrotnie | 0 | 5 | 10 |  |
| 3. | Utrzymanie higieny osobistej | 0 | 5 | 10 |  |
| 4. | Korzystanie z WC | 0 | 5 | 10 |  |
| 5. | Mycie/kąpiel  Całego ciała | 0 | 5 | 10 |  |
| 6. | Przejście odległości  50 m (ew. przy pomocy sprzętu) | 0 | 5 | 10 |  |
| 7. | Chodzenie po schodach | 0 | 5 | 10 |  |
| 8. | Jazda na wózku | 0 | 5 | 10 |  |
| 9. | Ubieranie  I rozbieranie | 0 | 5 | 10 |  |
| 10. | Kontrola zwieracza odbytu | 0 | 5 | 10 |  |
| 11. | Kontrola zwieraczy pęcherza | 0 | 5 | 10 |  |
| 12. | Stan fizyczny | leży | siedzi | chodzi |  |
| 13. | Kontakt psychiczny | żaden | słaby | dobry |  |
| 14. | Waga w kg. | poniżej 50 | 50-80 | 85-100 |  |
| 15. | Wzrost w cm | poniżej 150 | 150-170 cm | powyżej 170 |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość i data podpis i pieczątka lekarza*

1. \*

   0-20 punktów – brak zdolności do samoopieki (potrzebne ok. 5 godzin indywidualnej opieki na dobę)

   21-85 punktów – znacznie ograniczona zdolność do samoopieki

   80–100 punktów – ograniczona zdolność do samoopieki [↑](#footnote-ref-1)