

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

NR UMOWY ŚWIADCZENIODAWCY ZLECENIODAWCY	
ROZPOZNANIE	
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA KIERUJĄCEGO	
NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
INSTYTUCJA ZLECAJĄCA	
REGON	

.....  
PODPIS PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/  
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**Niniejszym kieruje:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Numer telefonu do kontaktu

.....

Numer PESEL świadczeniobiorcy ,a w przypadku jego braku-numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....

.....

.....

Dotychczasowe leczenie

.....

.....

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie\*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca\*\* .....

Przypadek nagły ,wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie\*)

.....

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

.....

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

**- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.**

.....  
Miejscowość , data

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz  
pieczęć podmiotu leczniczego , w przypadku gdy  
lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w  
tym podmiocie

---

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Jeżeli jest wymagana

\*\*\*Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

# WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

## WYWIAD PIELEŃNIARSKI

### 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 .....

#### i) rany przewlekłe

- odleżyny.....

-rany cukrzycowe.....

-inne niewymienione.....

g)oddychanie wspomagane.....

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

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

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

.....  
Miejscowość , data

.....  
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba 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 OPIEKUŃCZGO

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali BARTHEL**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL, a w przypadku braku numer dokumentu potwierdzającego  
tożsamość:.....

Lp.	Nazwa czynności	Wynik
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 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 siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów( z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	

6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 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.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0-nie jest w stanie 5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10-samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie :</b> 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
		Wynik kwalifikacji

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do zakładu

opiekuńczego:.....

.....  
.....

.....  
Data, pieczęć i podpis lekarza  
ubezpieczenia zdrowotnego

.....  
Data, pieczęć i podpis pielęgniarki  
ubezpieczenia zdrowotnego

**Wypełnić skalą Glasgow w przypadku gdy pacjent w skali Barthel otrzymał 0 /zero/ punktów**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: .....

Adres zamieszkania : .....

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

potwierdzającego tożsamość: .....

## **SKALA GLASGOW:**

Ocenie podlega:

- Otwieranie oczu
  - 4 punkty - spontaniczne
  - 3 punkty - na polecenie
  - 2 punkty - na bodźce bólowe
  - 1 punkt - nie otwiera oczu
  
- Kontakt słowny:
  - 5 punktów - odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
  - 4 punkty - odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany
  - 3 punkty - odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
  - 2 punkty - niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
  - 1 punkt - bez reakcji
  
- Reakcja ruchowa:
  - 6 punktów - spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
  - 5 punktów - ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
  - 4 punkty - reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
  - 3 punkty - patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
  - 2 punkty - patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
  - 1 punkt - bez reakcji

\* zaznaczyć wynik klasyfikacji



Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13-15-łagodne
- GCS 9-12 - umiarkowane
- GCS 6-8 - brak przytomności
- GCS 5 - odkorowanie
- GCS 4 - odmóżdzenie
- GCS 3 - śmierć mózgowa

Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia.

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia  
zdrowotnego

zaznaczyć wynik klasyfikacji

**Do wniosku proszę dołączyć:**

- podanie o przyjęcie
- decyzję ZUS
- aktualne badania :Ob, morfologia ,mocz, HBS, HCV,RTG płuc, cukier, cholesterol

**Proszę zwrócić uwagę na to, aby na wniosku oraz zaświadczeniu lekarskim były czytelne pieczętki- nagłówkowa i lekarska**