**Formularz oceny pacjenta**

Nazwisko i imię pacjenta………………………………………………………………...............

Data urodzenia……………………… PESEL…………………………………………………..

Miejsce zamieszkania……………………………………………………………………….........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa czynności\*** | **Wartość punktowa\*\*** |
| **1** | **Spożywanie posiłków**0 = nie jest w stanie samodzielnie5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga modyfikowanej diety10= samodzielny, niezależny | ……………… |
| **2** | **Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie)**0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu5 = większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)15= samodzielny | …………………… |
| **3** | **Utrzymywanie higieny osobistej**0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami) | ………… |
| **4** | **Korzystanie z toalety (WC)**0 = zależny5 = częściowo potrzebuje pomocy10= niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymywanie higieny osobistej) | ……………… |
| **5** | **Mycie, kąpiel całego ciała**0 = zależny5 = niezależny | ………… |
| **6** | **Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)**0 = nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m5 = niezależny poruszający się na wózku10= spacery z pomocą drugiej osoby, na odległość > 50 m15= niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski), na odległość > 50 m | …………………… |
| **7** | **Wchodzenie i schodzenie o schodach**0 = nie jest samodzielny5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, podnoszenia)10= samodzielny | ……………… |
| **8** | **Ubieranie i rozbieranie się**0 = zależny5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności wykonuje bez pomocy10= niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.) | ……………… |
| **9** | **Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu**0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonywanie lewatywy)5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca10= kontroluje oddawanie stolca | ……………… |
| **10** | **Kontrolowanie moczu/ zwieracza pęcherza moczowego**0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny)5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu10= kontroluje oddawanie moczu | ……………… |
| **Łączna liczba punktów (wynik oceny) \*\*\*** |  |

Zgodnie z wynikiem oceny, pacjent kwalifikuje się/ nie kwalifikuje się \*\*\*\*, do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową.

**Objaśnienia:**

\*/ w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\*/ w zaznaczonej ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

\*\*\*\*/ niepotrzebne skreślić

……..……………………………..

Data, czytelny podpis osoby dokonującej oceny