**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 samodzielnie  5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga modyfikowanej diety  10= samodzielny, niezależny | ……  ……  …… |
| **2** | **Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie)**  0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu  5 = większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć  10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)  15= samodzielny | ……  ……  ……  …… |
| **3** | **Utrzymywanie higieny osobistej**  0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych  5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu  (z zapewnionymi pomocami) | ……  …… |
| **4** | **Korzystanie z toalety (WC)**  0 = zależny  5 = częściowo potrzebuje pomocy  10= niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymywanie higieny osobistej) | ……  ……  …… |
| **5** | **Mycie, kąpiel całego ciała**  0 = zależny  5 = niezależny | ……  …… |
| **6** | **Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)**  0 = nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m  5 = niezależny poruszający się na wózku  10= spacery z pomocą drugiej osoby, na odległość > 50 m  15= niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski), na odległość > 50 m | ……  ……  ……  …… |
| **7** | **Wchodzenie i schodzenie o schodach**  0 = nie jest samodzielny  5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, podnoszenia)  10= samodzielny | ……  ……  …… |
| **8** | **Ubieranie i rozbieranie się**  0 = zależny  5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności wykonuje bez pomocy  10= 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 stolca  10= 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 moczu  10= 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