

KARTA OCENY PACJENTA WG SKALI OPARTEJ NA SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta w ogóle z toalety 5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = w ogóle nie porusza się 5 = porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50 m, także z użyciem sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	

8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
11.	Wynik kwalifikacji	

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza

.....
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki

20-1

OBSEF YACJA PIELEŃNIARSKA NOWORODKA

ODDZIAŁ NOWORODKÓW

DATA OBSERWACJI

CENTRALA - PATOLOGIA

	RODZAJ ZLECENIA	NAZWISKO I IMIĘ										DATA URODZENIA														
		6 ⁰⁰	7 ⁰⁰	8 ⁰⁰	9 ⁰⁰	10 ⁰⁰	11 ⁰⁰	12 ⁰⁰	13 ⁰⁰	14 ⁰⁰	15 ⁰⁰	16 ⁰⁰	17 ⁰⁰	18 ⁰⁰	19 ⁰⁰	20 ⁰⁰	21 ⁰⁰	22 ⁰⁰	23 ⁰⁰	24 ⁰⁰	1 ⁰⁰	2 ⁰⁰	3 ⁰⁰	4 ⁰⁰	5 ⁰⁰	6 ⁰⁰
1	Piers na życzenie																									
2	Mleko modyfikowane																									
3	Glukoza do picia																									
4	Kąpiel now.																									
5	Pielęgnacja pępowiny																									
6	Zmiana pampersów																									
7	Mocz																									
8	Stolec																									
9	Stanowisko przewzce																									
10	Inkubator																									
11	Kardiomonitor																									
12	Pulsoxymetr																									
13	FIO ₂ l/min																									
14	Pomiar temp. ciała																									
15	WENFLON																									
16	BCG - WZW																									
17	Choroby metaboliczne? TSH Fenylketonuria MUTACJA SCHEDEZA																									
18	Bilirubina - miernik																									
19	Zmiana pozycji ciała																									
20	D - Vitum 1x1 kop																									
21	Osłoda 2dowotna																									
22																										
23																										
24																										

D. Podpis
PielęgniarkiN. Podpis
Pielęgniarki

20-2

ODDZIAŁ NOWORODKÓW
DATA OBSERWACJI

OBSERWACJA PIEŁĘGNIARSKA NOWC ODKA

2005
CENTRALA - PATOLOGIA

	RODZAJ ZLECENIA	NAZWISKO I IMIĘ											DATA URODZENIA														
		6 ⁰⁰	7 ⁰⁰	8 ⁰⁰	9 ⁰⁰	10 ⁰⁰	11 ⁰⁰	12 ⁰⁰	13 ⁰⁰	14 ⁰⁰	15 ⁰⁰	16 ⁰⁰	17 ⁰⁰	18 ⁰⁰	19 ⁰⁰	20 ⁰⁰	21 ⁰⁰	22 ⁰⁰	23 ⁰⁰	24 ⁰⁰	1 ⁰⁰	2 ⁰⁰	3 ⁰⁰	4 ⁰⁰	5 ⁰⁰	6 ⁰⁰	
1	Pierś na życzenie																										
2	Mleko modyfikowane																										
3	Glukoza do picia																										
4	Kąpiel now.																										
5	Pielęgnacja pępowiny																										
6	Zmiana pampersów																										
7	Mocz																										
8	Stolec																										
9	Stanowisko ogrzewcze																										
10	Inkubator																										
11	Kardiomonitor																										
12	Pulsoxymetr																										
13	FIO ₂ l/min																										
14	Pomiar temp. ciała																										
15	WENFLON																										
16	BCG - WZW																										
17	TSH Fenylketonuria																										
18	Bilirubina - miernik																										
19	Zmiana pozycji ciała																										
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											

D. Podpis
Pielęgniarki

N. Podpis
Pielęgniarki