

KARTA OCENY STANU SAMOOBSŁUGI PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

Ocena stanu samoobsługi pacjenta:

1.

L.p.	Nazwa czynności **	Samodzielny	Niesamodzielny	Punktacja
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)			
3.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)			
4.	Wchodzenie i schodzenie po schodach			
5.	Korzystanie z toalety (WC) i utrzymanie higieny osobistej w związku z wydalaniem			
6.	Kąpiel (mycie pod prysznicem) całego ciała			
7.	Czynności higieniczne (np. mycie częściowe, twarzy, rąk, zębów, protezy zębowej, czesanie, golenie)			
8.	Ubieranie i rozbieranie się			
	Nazwa czynności **	Prawidłowe	Nietrzymanie	
9.	Oddawanie moczu			
10.	Oddawanie stolca			
RAZEM:				

UWAGA: →Samodzielny / Prawidłowe – 1 pkt,

→Niesamodzielny / Nietrzymanie – 0 pkt

→Do przyjęcia do ZOL/ZPO kwalifikuje się pacjent, który otrzymał 6 pkt lub mniej.

Legenda:

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach

*** poradnia pod opieką, której znajduje się pacjent

2.

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			

3.

L.p.	Nazwa poradni udzielającej przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi ***	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej udzielającego przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi
1		
2		
3		

.....
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki

Legenda:

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach

*** poradnia pod opieką, której znajduje się pacjent