

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ ABIMED<sup>1</sup>

Niniejszym kieruję:

.....  
*Imię i nazwisko świadczeniobiorcy*

.....  
*Adres zamieszkania świadczeniobiorcy*

.....  
*Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)*

.....  
*Nr 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)*

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

**– do dziennego domu opieki medycznej.**

**Jednocześnie stwierdzam, iż świadczeniobiorca<sup>2</sup>:**

- jest bezpośrednio po przebytej hospitalizacji **lub**
- w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały mu świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego **lub**
- występuje u niego ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.

.....  
*Miejscowość, data*

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

Nieodłączną częścią skierowania jest Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do dziennego domu opieki medycznej - skala Barthel

<sup>1</sup> Do Dziennego Domu Opieki Medycznej Abimed (zgodnie ze standardem DDOM określonym przez MZ) przyjmowani są pacjenci, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności Barthel otrzymali 40 – 65 pkt.

<sup>2</sup> Należy zaznaczyć jedną z odpowiedzi

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ ABIMED

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel <sup>1</sup>

.....  
*Imię i nazwisko świadczeniobiorcy*

.....  
*Adres zamieszkania*

.....  
*Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp	Czynność <sup>2</sup>	Wynik <sup>3</sup>
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie samodzielnie jeść <b>5</b> - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety <b>10</b> - samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu <b>5</b> - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) <b>10</b> - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna <b>15</b> – samodzielny	
3	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> <b>0</b> - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych <b>5</b> - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> <b>0</b> - zależny <b>5</b> - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam <b>10</b> - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> <b>0</b> - zależny <b>5</b> - niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> <b>0</b> - nie porusza się lub < 50 m <b>5</b> - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m <b>10</b> - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m <b>15</b> - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> <b>0</b> - nie jest w stanie <b>5</b> - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie <b>10</b> – samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> <b>0</b> - zależny <b>5</b> - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy <b>10</b> - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje mocz	
		<b>Wynik kwalifikacji <sup>4</sup>:</b>

### WYNIK OCENY STANU ZDROWIA

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga** / **nie wymaga**<sup>5</sup> skierowania do Dziennego Domu Opieki Medycznej Abimed

.....  
 .....

.....  
*data, pieczęć, podpis*  
*lekarza ubezpieczenia zdrowotnego*

.....  
*data, pieczęć, podpis*  
*pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego*

<sup>1</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

<sup>2</sup> W lp.1 – 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującej stan świadczeniobiorcy

<sup>3</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>4</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

<sup>5</sup> Niepotrzebne skreślić