

**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 **	<b>Prawidłowe</b>	<b>Nietrzymanie</b>	
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 odpowiedni ch 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