

**OCENA PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ W ZAKRESIE SAMODZIELNOŚCI OSOBY  
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE W MIESZKANIU CHRONIONYM**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL lub dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

| Lp.                | Nazwa czynności   | Wynik |
|--------------------|---|-------|
| 1.                 | <b>Poruszanie się:</b><br>0 - nie porusza się;<br>5 - porusza się na wózku, z balkonikiem, o kulach;<br>10 - porusza się z pomocą drugiej osoby;<br>15 - porusza się samodzielnie.  |       |
| 2.                 | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b><br>0 - nie jest w stanie;<br>5 - pomoc fizyczna drugiej osoby;<br>15 - samodzielny.   |       |
| 3.                 | <b>Utrzymanie higieny osobistej:</b><br>0 - potrzebuje pomocy przy wszystkich czynnościach osobistych;<br>5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów;<br>10 - potrzebuje pomocy podczas kąpieli/ prysznicy;<br>15 - samodzielny. |       |
| 4.                 | <b>Korzystanie z toalety (WC):</b><br>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca (pampersy/pieluchomajtki);<br>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu (pampersy/pieluchomajtki);<br>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe);<br>10 - samodzielny.    |       |
| 5.                 | <b>Ubieranie się i rozbieranie:</b><br>0 - zależny;<br>5 - potrzebuje pomocy;<br>10 - samodzielny.  |       |
| 6.                 | <b>Sprzątanie:</b><br>0 - nie jest w stanie;<br>5 - potrzebuje pomocy;<br>10 - samodzielny.   |       |
| 7.                 | <b>Spożywanie posiłków:</b><br>0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść;<br>5 - nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłku;<br>10 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp.;<br>15 - samodzielny.                            |       |
| <b>Wynik oceny</b> |   |       |

Przyjmowane leki (dawkowanie):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
podpis pielęgniarki środowiskowej