

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO
ZAKŁADU OPIEKUNCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUNCZYM / 1 /**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel / 1 / :

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

L.P.	NAZWA CZYNNOŚCI /2/	Wartość punktowa / 3 /
1.	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu, doustnym / wymaga zmodyfikowanej diety 10= samodzielny , niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie 0= nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5= większa pomoc społeczna (jedna lub dwie osoby) 10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15= samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0= potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5= niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0= zależny 5= potrzebuje pomocy ale coś może zrobić sam 10= niezależny, zdejmowanie , zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie , kąpiel całego ciała 0= zależny 5= niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= nie porusza się lub do < 50 m 5= niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m 10= spaceruje za pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15= niezależny , ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie 5= potrzebuje pomocy słownej , fizycznej, przenoszenie 10= samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0= zależny 5= potrzebuje pomocy , ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10= niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje , utrzymuje stolec	

10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji / 4 /		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga / nie wymaga** * skierowania do Zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym *

.....

.....

.....

.....
DATA, imię , nazwisko , numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego / 5 /

.....
DATA, imię , nazwisko , numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarstwa zakładu opiekuńczego / 5 /

* niepotrzebne skreślić

- 1) Mahoney FI, Barthel D „Badanie funkcjonalne : wskaźnik Barthel.” Maryland State Med. Journale1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 2) w l.p. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
- 3) należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- 4) należy wpisać uzyskaną sumę punktów z l.p. 1-10
- 5) dotyczy oceny świadczeniobiorcy wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym