

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM (1)**

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel (2)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:.....

Adres zamieszkania:

Nr PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Nazwa czynności (3)	Wynik (4)
1.	Spożywanie posiłków 0- nie jest w stanie samodzielnie jeść 5- potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub 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 fizyczna (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 może coś 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 <50m 5- niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10- spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15- niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
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 wykonywać 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, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji⁽⁵⁾		

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga⁽¹⁾ skierowania do zakładu
opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym⁽¹⁾

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

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego

- (1) Niepotrzebne skreślić
- (2) 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.
- (3) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
- (4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- (5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów