

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM

Ocena świadczeniobiorcy wg skali **Barthel**

Załącznik nr 2

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

L p.	Czynność ³⁾	Wynik
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	Utrzymywanie 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 < 50 m 5- niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 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 się i rozbieranie: 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 kwalifikacji⁵⁾		

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego /dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
(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