

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1</sup>

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

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

.....

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność <sup>3</sup>	Wynik <sup>4</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> <b>0</b> -nie jest w stanie samodzielnie jeść <b>5</b> -potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety <b>10</b> -samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> <b>0</b> -nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu <b>5</b> -większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) <b>10</b> -mniejsza pomoc słowna lub fizyczna <b>15</b> -samodzielny	
3.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> <b>0</b> -potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych <b>5</b> -niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC):</b> <b>0</b> -zależny <b>5</b> -potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam <b>10</b> -niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> <b>0</b> -zależny <b>5</b> -niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> <b>0</b> -nie porusza się lub < 50m <b>5</b> -niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m <b>10</b> -spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m <b>15</b> -niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> <b>0</b> -nie jest w stanie	

	5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
		<b>Wynik kwalifikacji<sup>5</sup></b>

.....  
data, imię ,nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu  
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego  
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego ,oraz jej podpis

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że niżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga<sup>1</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym<sup>1</sup>

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

.....  
data, imię ,nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu  
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
albo lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>4</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>5</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów