

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY
KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO (1) /
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM (1)
Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel (2)**

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Imię i nazwisko pacjenta:wiek

PESEL.....
(przy braku PESEL rodzaj i nr dokumentu tożsamości).

Adres zamieszkania:

Lp.	Czynność (3)	Wynik (4)
1.	<u>Spożywanie posiłków:</u> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny.	
2.	<u>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie :</u> 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.	<u>Utrzymywanie higieny osobistej:</u> 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<u>Korzystanie z toalety (WC):</u> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy , ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<u>Mycie i kąpiel całego ciała:</u> 0 - zależny 5- niezależny pod prysznicem	
6.	<u>Poruszanie się po powierzchniach płaskich :</u> 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.	<u>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</u> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	<u>Ubieranie i rozbieranie się:</u> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	<u>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu:</u> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10.	<u>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego:</u> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji (5)		

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 i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego (6)

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego (6)

- 1) Niepotrzebne skreślić.
- 2) MahoneyFI,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.
- 6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczym