

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

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru Pesel numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	CZYNNOŚCI */	WYNIK
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem 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 siadaniu 5 - większa pomocą fizyczną (jednej lub dwóch osób) 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 i 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 - spaceruje z 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 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	
WYNIKI KWALIFIKACJI **/		

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego,
oraz jego podpis⁶⁾

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa
wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz jej podpis⁶⁾

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 z lp. 1–10.

6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.