

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

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 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 - spacer 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 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 kwalifikacji ⁵⁾		

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 opiekuńczego⁶⁾

.....
data, pieczęć **podpis pielęgniarki** ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego⁶⁾

-
- 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 opisując 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.

