

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYMⁱ**

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthelⁱⁱ.

Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

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

.....

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ⁱⁱⁱ	Wynik ^{iv}
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 < 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.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 –zależny 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	
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 mocż	
	Wynik kwalifikacji^v:	

.....

(data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

albo pielęgniarki Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego)

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ dalszego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym.

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

.....

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

albo lekarza Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego

ⁱ Niepotrzebne skreślić.

ⁱⁱ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne; Wskaźnik Barthel”.

Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych..

ⁱⁱⁱ W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan Świadczeniobiorcy.

^{iv} Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

^v Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.