

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/ PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego 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	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 <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- 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 ³⁾		

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,⁴ oraz jego podpis.

.....
 Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego⁶, oraz jej podpis.

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) 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.
- 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.