

WZÓR

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

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	<p>Spożywanie posiłków:</p> <p>0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść</p> <p>5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety</p> <p>10 - samodzielny, niezależny</p>	
2	<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</p> <p>0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu</p> <p>5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)</p> <p>10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna</p> <p>15 - samodzielny</p>	
3	<p>Utrzymywanie higieny osobistej:</p> <p>0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych</p> <p>5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</p>	

4	<p>Korzystanie z toalety (WC)</p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam</p> <p>10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5	<p>Mycie, kąpiel całego ciała:</p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - niezależny lub pod prysznicem</p>	
6	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</p> <p>0 - nie porusza się lub < 50 m</p> <p>5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m</p> <p>10 - spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m</p> <p>15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m</p>	
7	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</p> <p>0 - nie jest w stanie</p> <p>5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie</p> <p>10 - samodzielny</p>	
8	<p>Ubieranie się i rozbieranie:</p> <p>0 - zależny</p> <p>5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy</p> <p>10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.</p>	
9	<p>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw</p> <p>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p>10 - panuje, utrzymuje stolec</p>	
10	<p>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</p> <p>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to</p>	

	niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji⁵⁾	

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 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.