

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

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 < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 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 - czasem popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczy/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	<u>Wynik kwalifikacji ⁵⁾</u>	

.....
data

.....
Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu
oraz podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/ nie wymaga**¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym ¹⁾

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

.....
data

.....
Imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu
oraz podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego

- 1) Niepotrzebne skreślić.
- 2) Mahoney FI, Barthel D. „, Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel.”, Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą. Skala może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 3) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą ten stan świadczeniobiorcy.
- 4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.