

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO/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	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 samodzielnie 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 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m 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 wykonać 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 moczy 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 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 o podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

⁴⁾Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁵⁾Należy wpisać uzyskaną sumę punktową z lp.1-10.

⁶⁾Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.