

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

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali skali Barthel.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

PESEL (w przypadku braku numer dokumentu potwierdzający tożsamość)

Lp.	Czynność³⁾	Wynik⁴⁾
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 fizycznie (jedna lub dwie osoby) 10- mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15- samodzielny	
3..	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5- niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4..	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie	
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; wliczający zakręty >50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50	
7..	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10- samodzielny	
8..	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzuje 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 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 opiekuńczego

.....
 data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
 zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu
 opiekuńczego

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystano za zgodą
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych
- 3) W Ip. 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.

