|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ** | | | | |
| Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel 1)  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**2) | | **Wynik**3) | |
| 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 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 > 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** - 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**4) | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wynik oceny stanu zdrowia**  Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga1) skierowania do dziennego domu opieki medycznej | |
| ........................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................ | |
| ...................................................................... | ................................................................. |
| data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego | data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia  zdrowotnego |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1 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.  2) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.  3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.  4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10. | |