**Zał.nr 2 Karta oceny wg skali Barthel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |