**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 wymagazmodyfikowanej 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 bezpomocy**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 toniesamodzielny**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 ubezpieczeniazdrowotnego |