KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/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. | CzynnośćJ) | 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 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' |  |

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga' skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym1'

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………… …………………………………………………..

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia albo lekarza zakładu opiekuńczego6) 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. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

3 W lp. 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 z lp. 1 — 10.

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