

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJACEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: _____

Adres zamieszkania: _____

Pesel: _____ a w przypadku braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość _____

OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WEDŁUG SKALI BARTHEL¹ (warunkiem przyjęcia jest max. 40 pkt – łącznie)

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	Utrzymanie 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<50m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty>50m 10 - spacerzy z pomocą słowną lubfizyczną jednej osoby>50m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50m	
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 wykonywaćpołową czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików , zamka, sznurowadeł, itp.	
9	Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolcalub potrzebuje lewatywy 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10- panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0- nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikokwany i przez to niesamodzielny 5- czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10- panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji⁴		

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga⁵ skierowania do zakładu opiekuńczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym.

UWAGI:

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

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

⁵ niepotrzebne skreślić

