

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUNČZO-LECZNICZEGO /PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE
OPIEKUNCZYM¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania z kodem pocztowym

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynności³⁾	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	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 < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje za 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 wykonać 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 ⁵⁾	

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
.....
.....
.....

.....
Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania
zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo
lekarza zakładu opiekuńczego⁶⁾ oraz jego podpis

.....
Data, imię, nazwisko i numer prawa
wykonywania zawodu pielęgniarki
ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki
zakładu opiekuńczego⁶⁾ oraz jej podpis

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. „Badania 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.

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