

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾ (warunkiem przyjęcia jest max. 40 pkt. - łącznie)

Lp.	Czynności ³⁾	Wynik ⁴⁾
1	<p>Spożywanie posiłków:</p> <p>0. nie jest w stanie samodzielnie jeść 5. potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10. samodzielny, niezależny</p>	
2	<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</p> <p>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</p>	
3	<p>Utrzymywanie higieny osobistej:</p> <p>0. potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5. niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)</p>	
4	<p>Korzystanie z toalety (WC):</p> <p>0. zależny 5. potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10. niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5	<p>Mycie, kąpiel całego ciała:</p> <p>0. zależny 5. niezależny lub pod prysznicem</p>	
6	<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</p> <p>0. nie porusza się lub < 50 m 5. niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10. spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15. niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m</p>	
7	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</p> <p>0. nie jest wstanie 5. potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10. samodzielny</p>	
8	<p>Ubieranie się i rozbieranie:</p> <p>0. zależny 5. potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10. niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.</p>	
9	<p>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</p> <p>0. nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5. czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10. panuje, utrzymuje stolec</p>	
10	<p>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</p> <p>0. nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5. czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10. panuje, utrzymuje moczu</p>	
	<p>Wynik kwalifikacji⁵⁾</p>	

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

Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga / nie wymaga**¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza 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