

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM ¹⁾**

Ocena pacjenta wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie /samodzielnie jeść/ 5-potrzebuje pomoc w krojeniu. smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielna, niezależna	
	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 trochę 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 powierzchni 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/>50m	

7.	<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</p> <p>0-nie jest w stanie 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 bez pomocy 10-niezależny / 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 mocz</p>	
		Wynik kwalifikacji

.....

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia 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