**KARTA OCENY ŚWADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO   
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM[[1]](#footnote-1)**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[[2]](#footnote-2)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy…….........................................................................................................................................................

Adres zamieszkania .....................................................................................................................................................................................

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

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Czynność[[3]](#footnote-3)** | **Wynik[[4]](#footnote-4)** |
| **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** – spacery z pomocą słowną lub fizyczną 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 i rozbieranie się** | **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[[5]](#footnote-5)** | |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |
| --- | --- |
| *Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu*  *pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki*  *zakładu opiekuńczego oraz jej podpis6* | *Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu*  *lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza*  *zakładu opiekuńczego oraz jego podpis6* |

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Mahoney Fl, 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 [↑](#footnote-ref-2)
3. W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wpisać uzyskana sumę punktów z lp. 1 - 10 [↑](#footnote-ref-5)