**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)