

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 Barthel ²⁾ (warunkiem przyjęcia jest **max. 40 pkt. - łącznie**)

Lp.	Czynności ³⁾	Wynik 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	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 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 < 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	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 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⁾	

.....
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