

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali **Barthel**²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL, a przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali **Barthel**

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.	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 i 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 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 lewatywy 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 kwalifikacji⁵⁾	

.....
.....
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 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

⁶⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów