

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL

LP.	CZYNNOŚCI ³⁾	WYNIKI 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 – spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
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 lewatywy 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest 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 oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga ¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym ¹⁾

.....
.....
.....
.....
.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza, ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego

Oznaczenia:

- 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 opisując stan Świadczeniobiorcy.
- 4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.