

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²		
Lp	Czynność 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, 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 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować 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 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 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ⁵		

.....
(Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego)

Wynik oceny stany 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, Barthel, „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.