

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>(1)</sup>

### Ocena świadczeniobiorcy według skali Barthel<sup>(2)</sup>

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer PESEL: .....

### Ocena świadczeniobiorcy według skali Barthel

Lp	Nazwa czynności <sup>(3)</sup>	Wartość punktowa <sup>(4)</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 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.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	

<b>10.</b>	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5</sup></b>		

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

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

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

.....  
 Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia  
 zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego<sup>6</sup>

.....  
 Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia  
 zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego<sup>6</sup>

Lp	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Lp	Nazwa poradni przewlekłe udzielającej ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nazwisko i imię lekarza rodzinnego oraz nazwa i adres zakładu podstawowej opieki zdrowotnej, do której zapisany jest pacjent
1.		

<sup>1</sup>) Niepotrzebne skreślić.

<sup>2</sup>) 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.

<sup>3</sup>) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4</sup>) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5</sup>) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10.

<sup>6</sup>) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, według skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

.....  
 Data, pieczęć, podpis pielęgniarki