

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 braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność	Wynik
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 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