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

1. **Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

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** |  |
|  | **Spożywanie posiłków:** |  |  |
|  | **0** - nie jest w stanie samodzielniejeść |  |  |
| 1. | **5** -potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp.,lub |  |  |
|  | wymaga zmodyfikowanej diety |  |  |
|  | **10** - samodzielny,niezależny |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:** |  |  |
| 2. | **0** - nie jest wstanie; nie zachowuje równowagi przysiedzeniu |  |  |
| **5** -większa pomoc fizyczna (jedna lub dwieosoby) |  |  |
|  | **10** - mniejsza pomoc słowna lubfizyczna |  |  |
|  | **15** - samodzielny |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Utrzymywanie higieny osobistej:** |  |  |
| 3. | **0** - potrzebuje pomocy przy czynnościachosobistych |  |  |
|  | **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 zrobićsam |  |  |
|  | **10** - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |  |
|  |  |  |  |
| 5. | **Mycie, kąpiel całego ciała:** |  |  |
| **0** - zależny |  |  |
|  | **5** - niezależny lub podprysznicem |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0**-nie |  |  |
| 6. | porusza się lub < 50 m |  |  |
| **5** - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m |  |  |
|  | **10** - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m |  |  |
|  | **15** - niezależny, ale może potrzebować pewnejpomocy, np. laski > 50m |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach:** |  |  |
| **0** - nie jest w stanie |  |  |
|  | **5** -potrzebuje pomocy słownej, fizycznej;przenoszenie |  |  |
|  | **10** - samodzielny |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Ubieranie się i rozbieranie:** |  |  |
| 8. | **0** | - zależny |  |  |
| **5** | - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy |  |  |
|  | **10** - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł,itp. |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:** |  |  |
|  | **0** - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw |  |  |
| 9. | **5** |  - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) |  |  |
|  | **10** - panuje, utrzymuje stolec |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:** |  |  |
| 10. | **0** |  - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to |  |  |
|  | niesamodzielny |  |  |
|  | **5** |  - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) |  |  |
|  | **10** - panuje, utrzymuje mocz |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Wynik kwalifikacji** |  |  |
|  |  | ......................................................................... |  |
|  |  | data, podpis i pieczątka pielęgniarki |  |
|  |  | ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki |  |
|  |  | zakładu opiekuńczego |  |

1. **Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga1) skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym1)

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

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

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

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

…........................................................................

data, podpis i pieczątka lekarza ubezpieczenia

 zdrowotnego lub lekarze zakładu opiekuńczego