**ZAŁĄCZNIK Nr 2** (8)

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel2)

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**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 | **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 > 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 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.