



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

1. 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 <50m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty >50m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m 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 lewatywy 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

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 kwalifikacji⁵⁾

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 opiekuńczego⁶⁾

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarzki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarzki zakładu
opiekuńczego⁶⁾

¹⁾Niepotrzebne skreślić.

²⁾Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.

Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie 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 z lp. 1-10

⁶⁾Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

