

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

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

.....
Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy

.....
PESEL lub w przypadku jego braku nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Adres zamieszkania

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynności 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 – spaceruje 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	
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 pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego⁶⁾

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 z lp. 1 – 10

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