



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 przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

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 - spaceruje 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 i rozbieranie się 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonać 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	



lp	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
	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 opiekuńczo leczniczym¹⁾

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

.....
data, pieczęć, czytelny podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego⁶⁾

.....
data, pieczęć, czytelny 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 punktowa przypisaną wybranej możliwości .

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10.

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