

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

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania

PESELlub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp	Czynność	Wynik 1)
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 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 2)		

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

.....

.....
 data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
 albo lekarza zakładu opiekuńczego

.....
 data, pieczęć, podpis, pielęgniarki ubezpieczenia
 zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Niepotrzebne skreślić

W L. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

-1) należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

- 2) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z Lp. 1 – 10 .