

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE
OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Lp	Nazwa czynności	Wynik
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	Utrzymanie 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 i 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 i rozbieranie się 0 -zależny 5 -potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 -niezależny w zapinaniu guzików, zamka, itp.sznurowadeł	
9	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 -nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 -czasem 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 -czasem popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 -panuje, utrzymuje mocz.	
Wynik kwalifikacji		

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki.

.....

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba nie wymaga/ wymaga skierowania do Zakładu-Opiekuńczo
Leczniczego.

Data, pieczęć, podpis lekarza

.....