

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹****Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**Imię i nazwisko pacjenta:
.....Adres zamieszkania:
.....
.....

PESEL.....

Ocena pacjenta 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.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynności 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 zrobić coś 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 > 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 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 kwalifikacji⁵		

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza zakładu
opiekuńczego oraz jego podpis

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarki zakładu
opiekuńczego oraz jej podpis

¹ niepotrzebne skreślić

³ W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta

⁴ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

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