

Pieczęć Zakładu kierującego

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM /1/**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel /2/:**Imię i nazwisko pacjenta****Adres zamieszkania****PESEL**

L.p.	Nazwa czynności /3/	Wartość punktowa /4/
1.	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym. /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 społeczna (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, kąpiel całego ciała 0= zależny 5= niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= nie porusza się lub do <50m 5= niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m 10= spaceruje za pomocą słowną lub fizyczna 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 wykonać połowę czynności bez pomocy 10= niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Oddawanie stolca / zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje stolec	
10.	Oddawanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niasamodzielny 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji /5/		

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki
zakładu opiekuńczego:

.....

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego

/1/*/ - niepotrzebne skreślić

/2/ - skala Barthel. Do celów niekomercyjnych możliwe jej wykorzystanie.

/3/ - należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i
podkreślić, /4/ - wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości,

/5/ - w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów