

.....  
Pieczęć Zakładu kierującego

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

**1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel /1/:**

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

**Adres zamieszkania** .....

**PESEL** .....

Lp.	Nazwa czynności /2/	Wartość punktowa /3/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym. /wymaga zmodyfikowanej diety. 10= samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie:</b> 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.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0= potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5= niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0= zależny 5= potrzebuje pomocy ale może coś zrobić sam 10= niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się.	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0= zależny 5= niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0= nie porusza się lub do <50m 5= niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m 10= spaceruje za pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m 15= niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski >50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie 5= potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0= zależny 5= potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10= niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Oddawanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Oddawanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niasamodzielny 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, kontroluje oddawanie moczu	
<b>Wynik kwalifikacji /4/</b>		

**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

.....  
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia  
albo pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego<sup>6</sup>

\*Niepotrzebne skreślić

- 1) Mahoney FI, Barthel D „Badanie funkcjonalne: wskaźnik Barthel.”  
Maryland State Med. Journale 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.  
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 2) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedna z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
- 3) Należy wpisać wartość punktowa przypisaną wybranej możliwości.
- 4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10..
- 5) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg Skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.