

pieczętka zakładu

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

L/p	Czynność <sup>3)</sup>	Wartość punktowa <sup>4)</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub 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 fizyczna (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 i kąpiel całego ciała:</b> 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 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.	<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 wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>		

.....  
data, pieczętka, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

## Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego

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

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

<sup>1)</sup>Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup>Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

<sup>3)</sup>W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedna z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup>Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5)</sup>Należy wpisać uzyskana sumę punktów.

## Informacje dodatkowe dla ZOL

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			

## 3. Informacje dodatkowe dla ZOL

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1.		
2.		
3.		

.....  
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki