

# KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY

KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

## Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność	Wynik
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>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	

4	<p><b>Korzystanie z toalety (WC)</b></p> <p><b>0</b> - zależny</p> <p><b>5</b> - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam</p> <p><b>10</b> - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się</p>	
5	<p><b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b></p> <p><b>0</b> - zależny</p> <p><b>5</b> - niezależny lub pod prysznicem</p>	
6	<p><b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b></p> <p><b>0</b> - nie porusza się lub &lt; 50 m</p> <p><b>5</b> - niezależny na wózku; wliczając zakręty &gt; 50 m</p> <p><b>10</b> - spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby &gt; 50 m</p> <p><b>15</b> - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski &gt; 50 m</p>	
7	<p><b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b></p> <p><b>0</b> - nie jest w stanie</p> <p><b>5</b> - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie</p> <p><b>10</b> - samodzielny</p>	
8	<p><b>Ubieranie się i rozbieranie:</b></p> <p><b>0</b> - zależny</p> <p><b>5</b> - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy</p> <p><b>10</b> - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.</p>	
9	<p><b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b></p> <p><b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw</p> <p><b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)</p> <p><b>10</b> - panuje, utrzymuje stolec</p>	

10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> <b>0</b> - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny <b>5</b> - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> - panuje, utrzymuje mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji</b>	

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba

wymaga skierowania do zakładu opiekuńczo-lecznego

nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego

wymaga dalszego przebywania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

nie wymaga dalszego przebywania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

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

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