

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

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

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

**Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga ¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego /
dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym ¹⁾**

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

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego

¹⁾ Niepotrzebne skreślić