

WZÓR  
**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU  
 OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1)</sup>**

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

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

.....

| Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel |   |                     |
|--|---|---------------------|
| Lp.                                      | Czynność <sup>3)</sup>  | Wynik <sup>4)</sup> |
| 1.                                       | <b>Spożywanie posiłków:</b><br><b>0</b> -nie jest w stanie samodzielnie jeść<br><b>5</b> -potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety<br><b>10</b> -samodzielny, niezależny  |                     |
| 2.                                       | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b><br><b>0</b> -nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br><b>5</b> -większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)<br><b>10</b> -mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br><b>15</b> -samodzielny                        |                     |
| 3.                                       | <b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b><br><b>0</b> -potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br><b>5</b> -niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)   |                     |
| 4.                                       | <b>Korzystanie z toalety (WC)</b><br><b>0</b> -zależny<br><b>5</b> -potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam<br><b>10</b> -niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się  |                     |
| 5.                                       | <b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b><br><b>0</b> -zależny<br><b>5</b> -niezależny lub pod prysznicem  |                     |
| 6.                                       | <b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b><br><b>0</b> -nie porusza się lub < 50 m<br><b>5</b> -niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m<br><b>10</b> -spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m<br><b>15</b> -niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m |                     |
| 7.                                       | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b><br><b>0</b> -nie jest w stanie<br><b>5</b> -potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie<br><b>10</b> -samodzielny  |                     |

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| 8.                        | <b>Ubieranie się i rozbieranie:</b><br>0-zależny<br>5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy<br>10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.                                 |  |
| 9.                        | <b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu ;</b><br>0- nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw<br>5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10-panuje, utrzymuje stolec                           |  |
| 10.                       | <b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b><br>0- nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to Niesamodzielny<br>5- czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10- panuje, utrzymuje moc |  |
| <b>WYNIK KWALIFIKACJI</b> |  |  |

### Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

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

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

Niepotrzebne skreślić

<sup>1)</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>2)</sup> W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>3)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>4)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp.1-10

