

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1)</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.	Nazwa czynności <sup>3)</sup>	Wynik <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, kąpiel całego ciała:</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0 - nie porusza się lub < 50m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 - spaceruje z 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 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 (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>		

1) Niepotrzebne skreślić

2) 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.

3) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

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