

KARTA
OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO / ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-
OPIEKUŃCZEGO DLA WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel 2)

.....
 Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
 Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹

L/p	Czynność 3)	Wynik 4)
1.	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jednej lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała: 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 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.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	

8.	Ubieranie i rozbieranie się: 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5 - czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenie przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji 5)	

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga skierowania do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego / zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego dla wentylowanych mechanicznie/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym 1)

.....

.....
 data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis 6)

.....
 data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarstwa zakładu opiekuńczego oraz jej podpis 6)

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 z lp.1-10

6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. Skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym