

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

### 1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali skali Barthel.

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

PESEL (w przypadku braku numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość) .....

Lp.	Nazwa czynności <sup>1/</sup>	Wartość punktowa <sup>2</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 10 - 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 poniżej 50 m 5 -niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby powyżej 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 -nie jest w stanie 5 -potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</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>3/</sup></b>	

<sup>1/</sup> Należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

<sup>2/</sup> Wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>3/</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

.....  
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

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

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego