

pieczętka zakładu

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

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

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

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

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

| L/p                                     | Czynność <sup>3)</sup>   | Wartość punktowa <sup>4)</sup> |
|---|--|--------------------------------|
| 1.                                      | <b>Spożywanie posiłków:</b><br>0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10 = samodzielny, niezależny   |                                |
| 2.                                      | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b><br>0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br>5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)<br>10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br>15 = samodzielny                       |                                |
| 3.                                      | <b>Utrzymanie higieny osobistej:</b><br>0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br>5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)  |                                |
| 4.                                      | <b>Korzystanie z toalety (WC):</b><br>0 = zależny<br>5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam<br>10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się  |                                |
| 5.                                      | <b>Mycie i kąpiel całego ciała:</b><br>0 = zależny<br>5 = niezależny lub pod prysznicem  |                                |
| 6.                                      | <b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b><br>0 = nie porusza się lub <50 m<br>5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty >50 m<br>10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m<br>15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50 m |                                |
| 7.                                      | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b><br>0 = nie jest w stanie<br>5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie<br>10 = samodzielny   |                                |
| 8.                                      | <b>Ubieranie i rozbieranie się:</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 mocz  |                                |
| <b>Wynik kwalifikacji <sup>5)</sup></b> |  |                                |

.....  
data, pieczętka, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

## Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego

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

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

<sup>1)</sup>Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</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>3)</sup>W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedna z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup>Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5)</sup>Należy wpisać uzyskana sumę punktów.

## Informacje dodatkowe dla ZOL

| L.p. | Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych | Postać leku | Dawkowanie |
|------|---|-------------|------------|
| 1.   |   |             |            |
| 2.   |   |             |            |
| 3.   |   |             |            |

## 3. Informacje dodatkowe dla ZOL

| L.p. | Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych | Nr telefonu świadczeniodawcy |
|------|---|------------------------------|
| 1.   |   |                              |
| 2.   |   |                              |
| 3.   |   |                              |

.....  
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki