Załącznik nr 2

WZÓR

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM[1)]

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel [2)]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	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 (jedna 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, 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** - spacery 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 się i rozbieranie:** **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 lewatyw **5** - czasami popuszcza (zdarzenia 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 (zdarzenia przypadkowe) **10** - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji[5)]	

Wynik oceny stanu zdrowia:

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

.....

.....

.....

……..... . ……..

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego[6)]

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego[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.