

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU  
OPIEKUŃCZEGO /PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:.....  
 Adres zamieszkania:.....  
 Numer PESEL..... lub numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:.....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Lp.	Nazwa czynności <sup>3)</sup>	Wynik - Wartość punktowa <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 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>5)</sup></b>	

**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 <sup>6)</sup>

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

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 15:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

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

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

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10.

<sup>6)</sup> Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.