**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU**

**OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM**1)

 Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: …………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………..………………………….

Numer PESEL, w przypadku braku PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: …………………..………….…

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel2):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 11 |  **Wynik kwalifikacji** 5) |  |

 **Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga [[1]](#footnote-1)) skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu1) w zakładzie opiekuńczym: **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Szpitala Powiatowego**

**im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………….data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza zakładu opiekuńczego 6) oraz jego podpis | …………………………………………………………..data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarki zakładu opiekuńczego 6) oraz jej podpis |

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)