**Załącznik Nr 1**

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM 1) WG SKALI BARTHEL1)**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy ...................................................................................................................

Adres zamieszkania .........................................................................................................................................

PESEL ……………………………………………………….……………………………………..

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L/p | Czynność 3) | Wartość punktowa 4/ |
| 1.  | **Spożywanie posiłków** 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety10 = samodzielny, niezależny |  |
| 2.  | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie** 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu5 = większa pomoc fizyczna ( jedna lub dwie osoby)10 = mniejsza pomoc fizyczna lub słowna15 = samodzielny |  |
| 3.  | **Utrzymanie higieny osobistej** 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych10 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się ,myciu zębów- z zapewnionymi pomocami |  |
| 4.  | **Korzystanie z toalety (WC)** 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy ale część może zrobić sam10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5.  | **Mycie, kąpiel całego ciała** 0 = zależny10 = niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6.  | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich/:**0 = nie porusza się lub <50 m5 = niezależny na wózku ; wliczając zakręty >50 m10 = spacery z pomocą siłową lub fizyczną jednej osoby >50 m15= 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, przenoszenie10 = samodzielny |  |
| 8.  | **Ubieranie i rozbieranie się**0 = zależny5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł ,itp. |  |
| 9.  | **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu** 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw5 = czasami popuszcza ( zdarzenie przypadkowe)10 = panuje, utrzymuje stolec |  |
| 10.  | **Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego** 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny5 = czasami popuszcza ( zdarzenie przypadkowe)10 = panuje, utrzymuje mocz |  |
|  Wynik kwalifikacji 5)  |  |

 ………………………………………………………………….…..

 data ,pieczęć ,podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo

 **pielęgniarki** zakładu opiekuńczego

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga 1) skierowania do :

zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym1):

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………….

 data ,pieczęć ,podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo

 **lekarza** zakładu opiekuńczego

1)  Niepotrzebne skreślić

2) Mahoney Fl, 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 wybrać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów