**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 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 przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu  5 = większa pomoc fizyczna ( jedna lub dwie osoby)  10 = mniejsza pomoc fizyczna lub słowna  15 = samodzielny |  |
| 3. | **Utrzymanie higieny osobistej**  0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych  10 = 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 sam  10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5. | **Mycie, kąpiel całego ciała**  0 = zależny  10 = 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 siłową 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 i rozbieranie się**  0 = zależny  5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonać 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 ( zdarzenie 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 ( 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