



Załącznik nr 13 do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKU ŃCZO-LECZNICZYM<sup>i</sup>

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>ii</sup>.

Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL a w przypadku jego braku, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

### Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność <sup>iii</sup>	Wynik <sup>iv</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>Utrzymywanie 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 < 50m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski > 50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10 - samodzielny	

8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać potowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu:</b> 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia 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 (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji<sup>v</sup>:</b>	

.....

(data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

albo pielęgniarki Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego)

### Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ dalszego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.

.....  
.....  
.....

.....

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

albo lekarza Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego

<sup>i</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>ii</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne; Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystanie za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych..

<sup>iii</sup> W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan Świadczeniobiorcy.

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

<sup>v</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.