

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Ocena pacjenta wg skali Barthel

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

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

.....

Lp.	Czynność	Wynik
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.	Utrzymanie 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 – spaceruje 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 jest cewnikowany, 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje, utrzymuje mocz.	
Wynik kwalifikacji ⁵⁾		

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie¹⁾ wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego

- 1) Niepotrzebne skreślić.
- 2) Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel".
- 3) Maryland State Med Journal 1965; 14:56–61. Wykorzystane za zgodą.
- 4) Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 5) W lp. 1–10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
- 6) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
- 7) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.