**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO**

**DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

Ocena świadczeniobiorcy skali Bartel[[1]](#endnote-1)

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

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

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L/p** | **Czynność[[2]](#endnote-2)** | **Wynik[[3]](#endnote-3)** |
| 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 |  |
|  | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:**0 = nie jest w stanie , nie zachowuje równowagi siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)10 = mniejsza pomoc fizyczna lub słowna15 = samodzielny |  |
|  | **Utrzymanie higieny osobistej:**0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (zapewnionymi pomocami) |  |
|  | **Korzystanie z toalety (WC):** 0 = zależny,5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
|  | **Mycie, kąpiel całego ciała:**0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem |  |
|  | **Poruszanie się (po powierzchniach płaskich):**0 = nie porusza się lub <50 m5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty>50 m10 = spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m15 = niezależny, ale może potrzebować pomocy np. laski >50 m |  |
|  | **Wchodzenie i schodzenie po schodach:**0 = nie jest w stanie5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie10 = samodzielny |  |
|  | **Ubieranie i rozbieranie się:**0 = zależny5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp. |  |
|  | **Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu:** 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 = panuje, utrzymuje stolec |  |
|  | **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 |  |
| **Wynik kwalifikacji[[4]](#endnote-4)**  |  |

**Wynik oceny stanu zdrowia**: Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga **/** nie wymaga ¹ skierowania do dziennego domu opieki medycznej˙

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………….data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego | ……………………………………………………………….data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego |

1. 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. [↑](#endnote-ref-1)
2. W Ip. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisujących stan świadczeniobiorcy. [↑](#endnote-ref-2)
3. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości. [↑](#endnote-ref-3)
4. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów. [↑](#endnote-ref-4)