ZAŁĄCZNIK NR 1b

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**   |  | | --- | | Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel[[1]](#footnote-1)  Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: | | ................................................................................................................................................... | | Adres zamieszkania: | | ................................................................................................................................................... | | Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego  tożsamość: ……………………………………………………………………………………. | |  | | **Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Czynność[[2]](#footnote-2)** | **Wynik[[3]](#footnote-3)** | |  | **Spożywanie posiłków:**  **0** - nie jest w stanie samodzielnie jeść  **5** - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymagazmodyfikowanej diety  **10** - samodzielny, niezależny |  | |  | **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 |  | |  | **Utrzymywanie 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** - spacery 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 cewnikowany i przez to niesamodzielny  **5** - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  **10** - panuje, utrzymuje mocz |  | |  | **Wynik kwalifikacji[[4]](#footnote-4)** |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | **Wynik oceny stanu zdrowia**  Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga[[5]](#footnote-5)/nie wymaga skierowania do dziennego domu opieki medycznej  ……………................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  ................................................................. ……………………………………………  data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego | | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |

1. Mahoney FI, 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10. [↑](#footnote-ref-4)
5. Mahoney FI, 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. [↑](#footnote-ref-5)