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 bezpomocy **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)