**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W PILE,
 PRZY UL. KRÓLEWSKIEJ 8.**

**1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

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

Adres zamieszkania

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

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

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

# Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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. | **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 > 50m |  |
| 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** |  |

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

data, podpis i pieczątka pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

# 2. Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym

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

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

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

data, podpis i pieczątka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarze zakładu opiekuńczego