

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

PESEL

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI	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 i 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- spacer 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, zawiązywanie sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0- nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 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- sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10- panuje, utrzymuje mocz	
WYNIK KWALIFIKACJI (suma punktów)		

.....
data, pieczęć i podpis pielęgniarki

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym*

.....
data, pieczęć i podpis pielęgniarki

* Niepotrzebne skreślić