



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO REGULAMINU

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

KARTA OCENY OSOBY CHOREJ W SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko osoby chorej:

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność <i>(w pkt. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy)</i>	Wynik
1.	Spożywanie posiłków: 0 -nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 -potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu 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 potowę 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	

Stwierdzam, że wyżej wymieniona **osoba wymaga/nie wymaga** skierowania do objęcia opieką w miejscu zamieszkania.

.....
(podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego)

.....
(podpis i pieczęć pielęgniarki
ubezpieczenia zdrowotnego)

