

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY SKIEROWANEGO/PRZEBYWAJĄCEGO
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali **Barthel**²

Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania

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

Lp.	Czynność ³	Wynik ⁴
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	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej:	
	0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych	
	5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
	15 = samodzielny	
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 = spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach:	
	0 = nie jest w stanie	
	5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie	
	10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się:	
	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	
DATA:		Wynik kwalifikacji⁵

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹

Data jak wyżej. Pieczęć, podpis pielęgniarki

Data jak wyżej. Pieczęć, podpis lekarza

- 1) niepotrzebne skreślić,
- 2) Mahoney Fl Barthel D,
- 3) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości,
- 4) Wpisać wartość punktową,
- 5) Wpisać sumę punktów